justri.
www.justri.org

Il Momento Giusto

una guida per la cura di coloro che invecchiano con l'infezione da HIV

JUSTRI è un'associazione no-profit con sede nel Regno Unito che ha l'obiettivo di fornire risorse e formazione a coloro che hanno o che lavorano con l'infezione da HIV, le epatiti virali e la tubercolosi.

justri.
www.justri.org

Guarda il nostro operato su **www.justri.org**

Informazioni aggiuntive relative all' HIV e all'invecchiamento sono disponibili a: **www.natap.org**; **www.aidsmap.com**; **www.i-base.info** y **www.hiv-druginteractions.org**

Scritto e compilato da Dr Mike Youle, Prof Juliet Wright, Dr Tristan Barber e Dr Tom Levett

Ulteriori contributi di Leonie Swaden, Abhishek Katiyar, Dr Marc Lipman and Dr Sanjay Bhagani

Design di Geoff Sheridan, **www.premonition.co.uk**

Copertina di Katinka2014

Un ringraziamento speciale a Robin Langley e Zoe Cuthbertson

Tradotto in Italiano da: Dr.ssa Paola Columpsi

Indice

Sezione 1: Introduzione 5

Come usare la guida 5

HIV ed Invecchiamento 6

Diagnosi di HIV negli anziani 8

Modelli di cura per la popolazione anziana affetta da HIV e stigma 9

Ricerca scientifica su HIV ed invecchiamento 11

Sezione 2: HIV per gli specialisti dell'assistenza agli anziani 12

Principi fondamentali sull'infezione da HIV 13

Trattamento dell'infezione da HIV – Una guida semplice 18

Polifarmacia e interazioni farmacologiche 25

Esami di monitoraggio dell'infezione da HIV 32

Comorbidità correlate all'età nell'infezione da HIV 33

Sezione 3: Assistenza agli anziani per specialisti in HIV 42

1. Polifarmacia 44
2. Mobilità e problemi funzionali 45
3. Cadute 47
4. Continenza 48
5. Disturbi del tono dell'umore 50
6. Decadimento cognitivo 51
7. Ictus o Attacco Ischemico Transitorio 52
8. Disturbi del movimento 53
9. Nutrizione 54
10. Sincope 55
11. Vertigini 56
12. Stipsi 57
13. Delirio 58
14. Fragilità 59
15. Ricovero in urgenza/emergenza 60

Appendice A–K 64

Gli autori 78

Dedica 79

SEZIONE 1

Il Momento Giusto

Introduzione

Benvenuti alla prima edizione di questa giuda JUSTRI per operatori sanitari (HCPs) che si occupano di persone anziane con infezione da HIV (PAWH, people ageing with HIV)

In passato l'infezione da HIV conduceva alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) ed alla morte e il raggiungimento della vecchiaia convenzionalmente intesa sembrava improbabile. Oggi la disponibilità di un'efficace terapia antiretrovirale (ART) che controlla adeguatamente l'infezione da HIV e gli altri progressi medici hanno radicalmente cambiato tutto questo.

L'aumento dell'aspettativa di vita delle persone con infezione da HIV sta modificando l'attenzione nel monitoraggio, nel trattamento e nella cura della persona per far fronte alla sovrapposizione tra le condizioni legate all'età e quelle legate all'HIV stesso, alle sue complicanze, agli effetti collaterali e alle possibili interazioni tra i farmaci antiretrovirali e altri agenti terapeutici.

Lo scopo di questa guida è quello di evidenziare le sfide che ci si trova ad affrontare nella cura delle persone con infezione da HIV e di fornire consigli pratici agli operatori sanitari che trattano l'infezione da HIV o che lavorano nell'ambito della cura degli anziani.

Questa guida è stata compilata da operatori sanitari di entrambe le discipline con l'aiuto ed i consigli offerti da altri operatori sanitari e da pazienti con infezione da HIV.

Come Utilizzare la Guida

Ci auguriamo che questa guida aiuti te, che stai curando e assistendo le persone affetta da infezione da HIV, ad avere una comprensione più chiara dei problemi e che, condividendo le informazioni con i tuoi colleghi, medici e altri professionisti, migliori la qualità delle cure delle persone con infezione da HIV. La conoscenza e la comunicazione tra le parti, compreso il paziente, sono le chiavi del successo di questa impresa e noi speriamo che questa risorsa ne sia d'aiuto.

Dopo questa introduzione, la guida è divisa in due principali sezioni. La prima si rivolge a coloro che trattano e assistono pazienti anziani ma che potrebbero avere una conoscenza limitata dell'infezione da HIV e del suo trattamento. La seconda sezione invece è stata ideata per gli operatori sanitari che già si occupano di HIV per meglio comprendere la valutazione, il monitoraggio e la gestione del paziente anziano.

L'invecchiamento con l'infezione da HIV rappresenta un ambito di ricerca moderno, dinamico ed in continua evoluzione per cui nel testo non vi è riferimento a risultati di specifiche ricerche scientifiche. Tuttavia, ci sono molte fonti online nella sezione "Web Links" che forniscono una grande quantità di informazioni sui progressi in questo ambito. Come per tutte le informazioni stampate, si prega di controllare gli aggiornamenti della guida, soprattutto se la si dovesse leggere dopo dicembre 2020; l'ultima versione sarà sempre online su **www.justri.org**.

Commenti, correzioni, idee o suggerimenti son ben accetti per l'inserimento nelle future edizioni; si prega di inviarli a **home@justri.org**.

HIV e Invecchiamento

Il processo di invecchiamento nei pazienti con infezione da HIV, che si tratti di persone sottoposte a ART a lungo termine o meno, è ancora poco compreso e numerose ricerche sono in corso.

Molte anomalie del sistema immunitario associate all'infezione da HIV sono le stesse osservate nell'invecchiamento, ed includono: bassa conta di CD4, alti tassi di attivazione immunitaria, ridotta attività del timo e accorciamento dei telomeri. Inoltre, un ulteriore processo di invecchiamento, lo stress ossidativo, sembra promuovere la replicazione dell'HIV.

Questa ed altre evidenze suggeriscono che la durata dell'infezione da HIV, specialmente se non trattata, è associata ad alcune comorbidità correlate all'età / sindromi geriatriche il cui monitoraggio ed intervento nella popolazione con infezione da HIV dovrebbe iniziare con anticipo.

Esiste una netta differenza tra età cronologica (numero di anni vissuti) ed età biologica, con gli individui che invecchiano a ritmi diversi a seconda dello stile di vita, della salute e di fattori sociali. L'infezione da HIV può influire sull'età biologica in vari modi, attraverso:

- Età alla diangosi - La trasmissione verticale o la diagnosi di HIV ad un'età avanzata sono peggiori dell'infezione contratta nell'età adulta
- Epoca della diagnosi – le diagnosi antecedenti il 1996, con un numero limitato di opzioni terapeutiche ed una minor conoscenza dell'infezione da HIV e delle condizioni associate, tendono ad essere di gran lunga peggiori rispetto a quelle avvenute in epoca successiva alla disponibilità di un trattamento antiretrovirale (ART) efficace
- Gravità e numero cumulativo di eventi AIDS definenti e comorbilità dal momento dell'infezione
- Durata dell'immunosoppressione prima del trattamento e livello di immunoricostituzione raggiunto con l'ART
- Numero e tossicità cumulativa degli antiretrovirali (ARV): i farmaci più vecchi sono più tossici e meno tollerabili di quelli più recenti.

L'uso della terapia antiretrovirale a lungo termine ha consentito una netta riduzione delle condizioni AIDS definenti, che ora grazie alla soppressione virale ed al miglioramento della conta dei CD4, si verificano solo raramente. Tuttavia, il conseguente aumento dell'aspettativa di vita ha portato ad un aumento delle comorbilità legate all'età. Queste includono: malattie del fegato; malattie cardiovascolari (CVD); nefropatie; tumori non AIDS correlati; osteoporosi; declino neurocognitivo e fragilità, ognuna delle quali dei può essere esacerbata dall'immunoattivazione cronica che persiste nei pazienti affetti da infezione da HIV anche se trattati adeguatamente.

La malattia da HIV si è trasformata in una complessa malattia cronica associata a più condizioni, che colpisce molti sistemi del corpo e che richiede l'esperienza di una vasta gamma di specialisti sanitari. Nel paziente più anziano con infezione da HIV la cura dovrebbe concentrarsi sull'individuo in toto, sul suo rischio di malattia, sulla perdita delle funzioni e sulla

qualità della vita che è legata all'insieme di condizioni presenti o che è probabile che si sviluppino, vale a dire un approccio olistico. È prudente essere cauti sugli effetti dell'infezione HIV sull'invecchiamento osservati durante l'intera durata della vita, poiché i dati longitudinali sono ancora in fase di elaborazione. Tuttavia, dovremmo essere ottimisti sul fatto che non importa quanti anni si abbiano e da quanto si conviva con l'HIV, prepararsi per l'età avanzata non è mai una brutta cosa.

Potrebbe essere 'HIV
La guida di JUSTRI per la diagnosi precoce dell'HIV
www.justri.org/could-this-be-hiv

Diagnosticare l'infezione da HIV nella popolazione anziana

I dati di sorveglianza del Regno Unito mostrano che la percentuale di persone di età superiore ai 50 anni che accedono alle cure per l'HIV è aumentata da 1 su 10 nel 1999 a più di 1 su 3 nel 2017, e nei dati statunitensi la percentuale è di circa il 50%.

Parte dell'aumentata incidenza dell'infezione da HIV negli ultracinquantenni è legata a nuove infezione, un'alta percentuale è legata a presentazioni tardive.

L'infezione da HIV e le condizioni HIV associate devono essere considerate da parte di tutti coloro che prestano assistenza agli anziani come diagnosi possibili, frequentemente si assiste a diagnosi mancate o errate.

I fattori associati alla diagnosi tardiva o mancata nelle persone anziane includono la mancanza dello screening per HIV negli esami di routine in questa fascia di età ed una scarsa consapevolezza dei fattori di rischio dell'HIV. A questo si deve aggiungere l'incapacità degli operatori sanitari in numerosi contesti di considerare tra le possibili diagnosi l'infezione da HIV negli individui più anziani e la confusione tra sintomi e segni specifici per infezione da HIV o infezioni opportunistiche (OI) con quelli di altre condizioni frequentemente osservate in età avanzata (ad esempio perdita di peso, infezioni toraciche ricorrenti, demenza o diarrea cronica, ecc.).

L'anamnesi sessuale completa spesso non si riesce ad ottenere di routine dai pazienti più anziani a causa del disagio degli operatori sanitari nel discutere di sesso e orientamento sessuale, o dall'incapacità di riconoscere che l'attività sessuale che prosegue durante l'età avanzata è normale. Inoltre, i pazienti più anziani potrebbero non sentirsi a proprio agio nel divulgare informazioni verso cui si sentono in dovere di essere discreti. L'infezione da HIV dovrebbe essere presa in considerazione in tutte le persone anziane, anche se riferiscono di essere monogame.

Una semplice guida al test per HIV ed agli indicatori di infezione da HIV è disponibile su **www.justri.org/could-this-be-hiv/**.

Al di fuori dei gruppi classici di uomini omosessuali (MSM) o di uomini provenienti da paesi ad alta prevalenza per HIV, altri individui, in particolare le donne eterosessuali, potrebbero non avere familiari o reti sociali informate sull'HIV. Molti medici generalisti (GP) o geriatri non penserebbero mai di sottoporre un test per HIV alla simpatica signora bianca anziana che si presenta con polmoniti ricorrenti.

Modelli di Cura per gli Anziani con infezione da HIV e Stigma

La cura per l'HIV non è mai stata inclusa nelle cure primarie e la prescrizione delle ART è limitata agli ospedali ALL'AMBITO OSPEDALIERO. Ciò QUESTO rappresenta una difficoltà e ED una sfida alla creazione di un miglior modello di assistenza MIGLIORE per coloro che invecchiano con l'HIV, poiché la maggior parte dell'assistenza agli anziani avviene nella comunità

I MODELLI POTENZIALI DI CURA PER I PAZIENTI CON INFEZIONE DA HIV INCLUDONO:

1. **Cliniche specialistiche dedicate integrate nei servizi esistenti per l'HIV**

- Comprese cliniche con servizi per l'invecchiamento e la fragilità
- Possono essere inclusi i medici di base generalisti (GP) dedicati all'interno dei servizi per l'HIV
- Potrebbero esserci valutazioni annuali dettagliate per prendere atto dei rischi accresciuti

2. **Accesso rapido e diretto ai servizi specialistici per l'HIV**

- Compresa "l'assistenza agli anziani" basata sul bisogno piuttosto che sull'età

3. **Assistenza condivisa con i GP nella comunità**

- Con lo sviluppo di criteri di screening ad hoc e supportati da una migliore educazione e formazione

Potrebbe essere necessario adattare questi modelli alla complessità della malattia da HIV sottostante, ad esempio considerando diagnosi multiple di condizioni AIDS definenti, esposizione pregressa alle ART più tossiche e con periodi precedenti più lunghi di viremia rilevabile, comorbidità significativamente maggiori e bisogni complessi.

Per tutti pazienti anziani con infezione da HIV, considerato che il medico specialista per l'HIV potrebbe non essere in grado di fornire tutti gli aspetti dell'assistenza, ogni paziente dovrebbe avere un operatore sanitario responsabile del coordinamento dell'assistenza, che si tratti del proprio medico dell'HIV, del geriatra (EMP) o del medico di base. Stabilire questo ruolo è importante in quanto la partecipazione a più appuntamenti e l'assunzione di molti farmaci possono creare confusione con l'aumentare delle età e delle comorbidità. Un supporto nel coordinamento dell'assistenza per i pazienti con infezione da HIV può essere il passaporto del paziente JUSTRI; disponibile su **www.justripatientpassport.com**.

ASSISTENZA SOCIALE E FINE VITA

Una recente ricerca britannica ha suggerito che i pazienti con infezione da HIV hanno scarsa fiducia nei loro medici di famiglia per quanto riguarda la gestione del loro invecchiamento, temono la cura e la loro preparazione istituzionale nell'affrontare l'infezione da HIV. Ulteriori preoccupazioni riguardano le questioni relative alla sessualità, all'omosessualità, allo stigma degli operatori sanitari, alla perdita del controllo ed alla complessità delle loro cure con l'avanzare dell'età. Attualmente c'è forse un basso livello di conoscenza delle peculiarità dell'invecchiamento nei pazienti con infezione da HIV a carico dei geriatri e questo rischia di allontanare coloro che vengono indirizzati a servizi progettati ed etichettati per anziani (in particolare le esigenze delle persone anziane con infezione da HIV potrebbero non essere ancora pienamente comprese).

Le persone anziane con infezione da HIV potrebbero ora ricevere assistenza e supporto prima di quanto previsto e potrebbero anche prendersi cura di altri, come i loro partner. Le loro reti di supporto potrebbero essere limitate, poiché spesso sono legate ad amici piuttosto che fondate apertamente sulla famiglia a causa di problemi di divulgazione e/o stigma. Queste reti potrebbero essere quindi vulnerabili e rischiano di spezzarsi con l'età, portando all'isolamento sociale ed alla necessità di usufruire più precocemente di cure.

Con una popolazione di persone con infezione da HIV che invecchia, gli anni futuri vedranno un aumento di pazienti che necessitano di supporto residenziale poiché la loro dipendenza aumentera' andando verso la fine della vita. Gli operatori sanitari che si prendono cura dei pazienti anziani devono stabilire piani di assistenza e supporto personalizzati che affrontino obiettivi personali, piani di ottimizzazione, piani graduali e di emergenza, nonché piani di assistenza avanzata, al fine di garantire il raggiungimento dei migliori standard di cura. L'accesso all'assistenza sociale e infermieristica a lungo termine può essere più difficile per le persone con infezione da HIV a causa dello stigma e del loro bisogno di questa assistenza in età precoce.

La razionalizzazione dell'assistenza all'HIV nel Regno Unito potrebbe avere l'effetto indesiderato di indebolire o addirittura mettere a tacere la discussione storica e continua sugli effetti sociali e psicologici dell'infezione da HIV. L'infezione da HIV, nonostante la terapia antiretrovirale, rimane una condizione socialmente patologica e stigmatizzante e questo continua ad ostacolarne la prevenzione, il trattamento ed il supporto. Lo stigma causato dall'associazione tra l'infezione da HIV e l'uso di droghe e/o l'omosessualità può portare i pazienti a nascondere la presenza di fattori di rischio o la diagnosi di sieropositività ai curanti o alle famiglie anche per tutta la vita.

Ricerca scientifica su HIV ed Invecchiamento

L'invecchiamento, in generale, è un argomento scottante; rallentarlo, fermarlo o addirittura invertirne la rotta è considerato il Santo Graal per molti ricercatori e professionisti della salute.

Sebbene la ricerca moderna abbia descritto diversi problemi correlati all'età nelle persone con infezione da HIV e suggerito alcune ragioni per cui questi si verificano, vi sono ancora significative lacune che devono essere colmate con studi ad hoc attentamente progettati. Molte domande sono rimaste senza risposta per i pazienti con infezione da HIV - alcuni esempi includono:

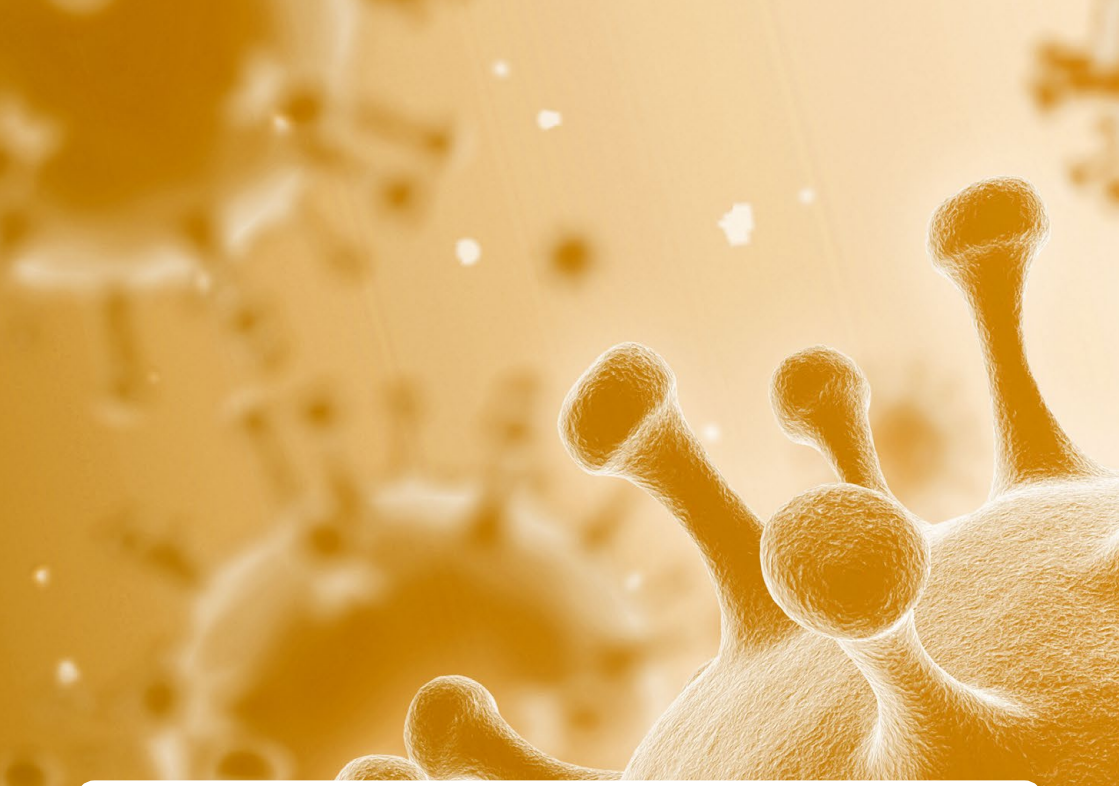
- Quali sono i fattori di rischio per la trasmissione dell'infezione da HIV nelle persone più anziane? In che modo i test possono essere mirati efficacemente in questa fascia di età?
- Quanto rischio di comorbidità aggiuntive rispetto all'invecchiamento conferiscono precisamente l'infezione da HIV o la terapia antiretrovirale? Sia la terapia antiretrovirale che l'infezione da HIV aumentano il rischio di malattie cardiovascolari, ma qual è il rapporto?

Le persone anziane sono spesso escluse dalle sperimentazioni cliniche, così come quelle con problemi medici significativi. Sono quindi necessarie sperimentazioni progettate specificamente per affrontare i problemi legati all'età e la ricerca basata sui servizi è fondamentale per determinare modi sicuri ed efficaci per gestire coloro che invecchiano con l'HIV. Gli studi per indagare la qualità dell'assistenza, la soddisfazione del paziente e il rapporto costi-benefici dovrebbero anche guidare i futuri sviluppi nell'erogazione di cure per le persone con infezione da HIV.

È solo attraverso una ricerca attentamente progettata e ben eseguita che saremo in grado di rispondere alle numerose domande esistenti sul miglior trattamento disponibile coloro che invecchiano con l'infezione HIV.

SEZIONE 2

HIV per gli specialisti dell'assistenza agli anziani



Fondamenti principali dell'infezione da HIV

HIV è entrato per la prima volta nell'organismo umano intorno al 1920 nell'Africa centrale come infezione cross-specie originaria dalle scimmie. Esistono due virus distinti, l'HIV-1 che rappresenta oltre il 95% delle infezioni e l'HIV-2, inizialmente riscontrato in Africa occidentale, che ha rappresentato un secondo evento cross-specie e sembra essere meno patogeno.

La rapida diffusione epidemica dell'AIDS come malattia clinica caratterizzata da grave immunosoppressione, infezioni opportunistiche, tumori e potenzialmente mortale è iniziata a partire dalla metà degli anni '70. I primi casi clinici di polmonite da Pneumocystis carinii (PCP) e di sarcoma di Kaposi (KS) furono riportati nel 1981 e due anni dopo fu identificato il virus HIV-1. Successivamente furono sviluppati test sierologici per gli anticorpi del virus HIV mentre la misurazione della carica virale effettiva, utilizzando la PCR, divenne possibile solo molti anni dopo.

Il segno distintivo dell'infezione da HIV è la linfopenia con deplezione dei CD4; la conta delle cellule CD4 è rimasto il cardine del monitoraggio sino a quando non sono diventati disponibili a metà degli anni '90 i test basati sulla determinazione della carica virale.

Tre stadi dell'infezione da HIV

1 La fase acuta – sieroconversione

La sieroconversione si sviluppa generalmente entro 2-4 settimane dall'infezione da HIV. Durante questo periodo alcuni individui hanno sintomi simil-influenzali come febbre, mal di testa e mal di gola, mentre altri non sviluppano sintomi. Possono manifestare linfoadenomegalie e/o eruzioni cutanee; una piccola percentuale di pazienti manifesta alterazioni neurologiche. In questa fase, i livelli di HIV nel sangue sono molto alti ed aumenta notevolmente il rischio di trasmissione dell'infezione da HIV.

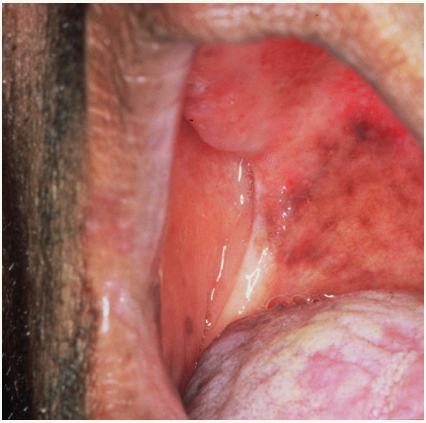
Rash cutaneo da sieroconversione

2 Infezione Cronica da HIV

Durante questo periodo gli individui possono non manifestare mai sintomi correlati all'infezione da HIV, ma sino a quando non si avvia un trattamento antivirale la maggior parte di essi rimane contagiosa.

Senza la terapia antiretrovirale la malattia cronica da HIV generalmente progredisce verso l'AIDS nell'arco di 10 anni sebbene in alcune persone la progressione sia più rapida. Con il declino dell'immunità possono svilupparsi condizioni comunemente correlate all'infezione da HIV come candidosi orale, herpes zoster, follicoliti ed infezioni fungine; la presenza di queste condizioni dovrebbe indirizzare lo screening per HIV in tutti gli individui adulti-anziani.

Follicolite

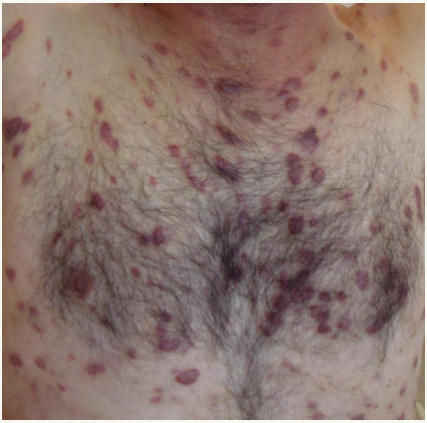


Candidosi orale

Herpes Zoster

3 AIDS

L'AIDS è l'ultimo e più grave stadio dell'infezione da HIV e viene diagnosticato con una conta dei CD4 <200 cellule/mm³ o quando si verificano determinate infezioni opportunistiche e/o tumori. Senza terapia antiretrovirale le persone affette da AIDS sopravvivono circa 3 anni.



Sarcoma di Kaposi

Retinite da CMV

Dopo l'infezione un picco iniziale di viremia innesca una risposta immunitaria parzialmente efficace, che poi diminuisce nel tempo a una velocità che dipende dai livelli (o set-point) del virus durante il periodo (cronico) di latenza [Figura 1].

È un semplice equilibrio tra i livelli di viremia e la velocità di riduzione dei linfociti CD4+. Se l'HIV RNA è <10.000 copie/mL la progressione della malattia è lenta, mentre se è > 100.000 copie/mL la progressione è molto più veloce

La conta dei CD4 + è correlata, sebbene in modo piuttosto impreciso, con la malattia clinica. Tra 500 e 200 cellule/mm³ queste manifestazioni diventano più frequenti e più gravi, mentre le gravi manifestazioni AIDS correlate si verificano prevalentemente al di sotto di 200 cellule/mm³.

Tuttavia, se viene fornita un'efficace terapia antiretrovirale (ART) e l'individuo ne aderisce correttamente la carica virale scende sino a non essere rilevabile, la conta dei CD4 aumenta, si verifica la cosiddetta remissione clinica e, a tutti gli effetti, il paziente non è più contagioso.

La sezione successiva si occupa della terapia per l'infezione da HIV, come viene utilizzata e quali sono gli importanti effetti collaterali di ciascun farmaco e le potenziali interazioni farmacologiche con altre categorie di farmaci.

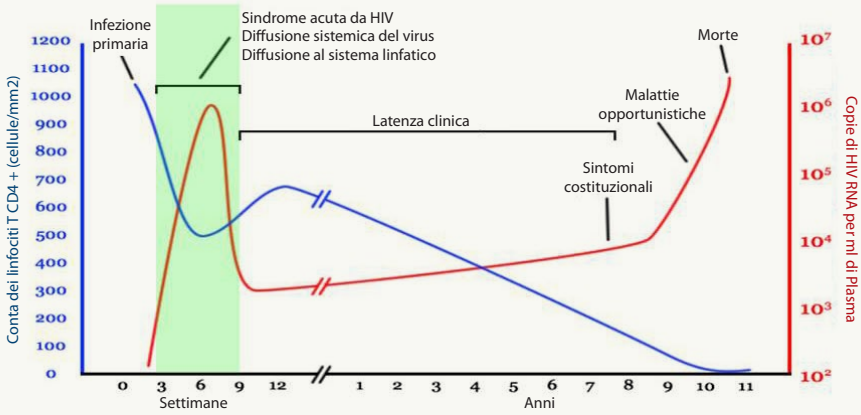


Figura 1. Stadi dell'infezione da HIV

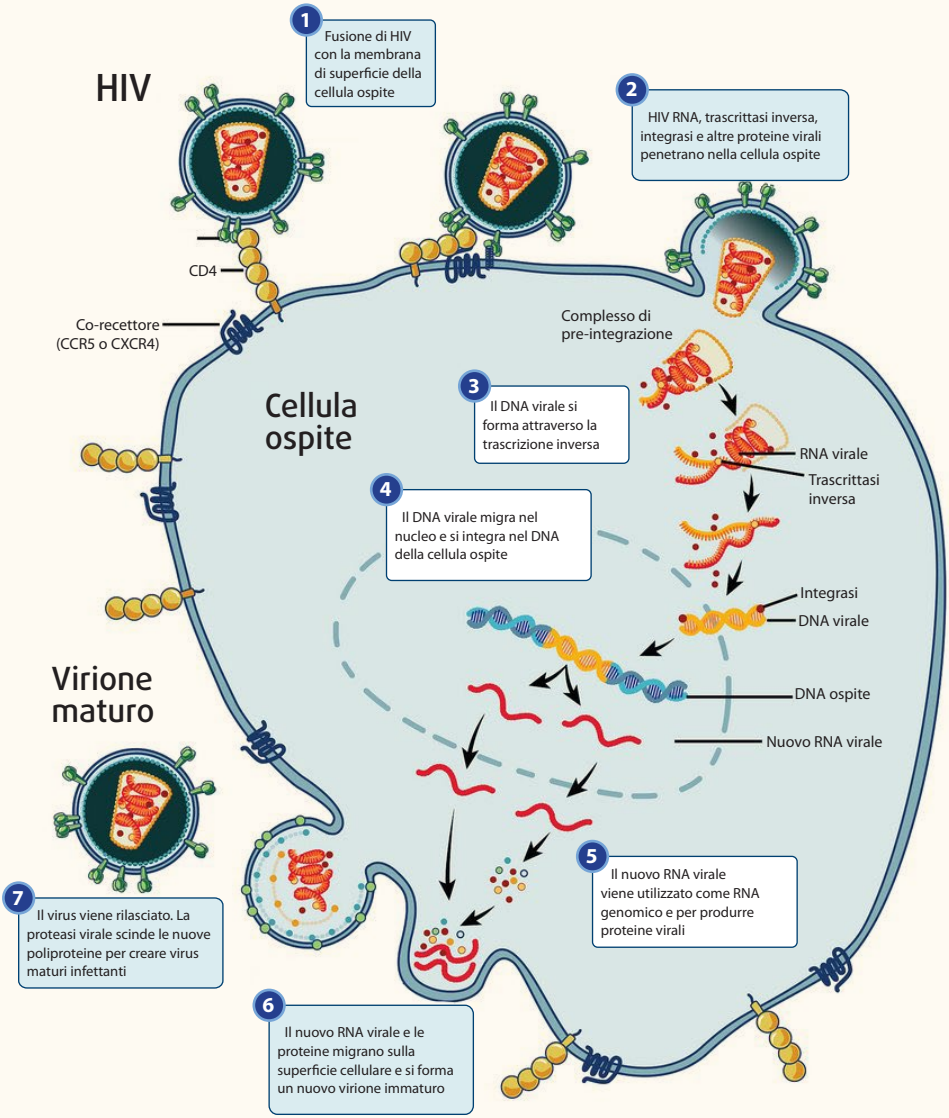


Figura 2. Ciclo vitale del virus HIV

Trattamento dell'infezione da HIV – una Guida Semplice

Da quando è stato somministrato il primo farmaco antiretrovirale, la zidovudina (AZT), nel 1986, il panorama della terapia contro l'HIV è stato trasformato da una gamma sempre crescente di agenti.

Vi sono 5 classi di farmaci, che agiscono nelle varie fasi del ciclo replicativo di HIV [Figura 2]; queste comprendono oltre trenta agenti attualmente utilizzati, molti combinati in formulazioni composte da una singola compressa. La maggior parte dei regimi contiene una combinazione di tre farmaci, tuttavia regimi di due farmaci sono sempre più comuni, mentre alcuni pazienti con profili di resistenza complessi necessitano più antiretrovirali.

Attualmente tutte le persone a cui viene diagnosticata l'infezione da HIV iniziano rapidamente la terapia antiretrovirale (ART), in alcune situazioni, in presenza di alcune infezioni opportunistiche, la terapia deve essere temporaneamente ritardata al fine di ridurre il rischio di sindromi da immunoricostituzione.

Una volta che il paziente assume stabilmente la terapia antiretrovirale la carica virale scende sino a livelli non rilevabili (solitamente meno di 20, 40 o 50 copie/ml, a seconda del test utilizzato) e la conta dei CD4 aumenta, rendendo meno probabile lo sviluppo delle gravi manifestazioni HIV correlate.

In generale oltre il 90% delle persone in trattamento avrà una carica virale non rilevabile, che viene mantenuta con la corretta aderenza al trattamento; solo in pochissimi pazienti trattati al giorno d'oggi il trattamento fallisce. Di conseguenza, ad oggi la maggior parte delle modifiche al trattamento vengono apportate per ridurre o evitare la tossicità, per ridurre al minimo le interazioni farmacologiche o per semplificare il regime.

Tabella 1 **Farmaci Antiretrovirali: una panoramica**

Singoli Agenti Antiretrovirali

1	Inibitori dell'ingresso
1A	**Inibitore della fusione**
Enfuvirtide [Fuzeon, T20]	Raramente utilizzato, T20 è un antiretrovirale iniettabile che inibisce il legame di HIV con il recettore sui CD4. Il principale effetto collaterale di T20 è la reazioni nel sito di iniezione; questa può limitare il trattamento stesso. Somministrato tramite iniezione sottocutanea alla dose di 90 mg bid.
1B	**Inibitore dell'ingresso CCR5**
Maraviroc [Celsentri, MVC]	MVC blocca il co-recettore CCR5 che facilita l'ingresso del virus nelle cellule ed è quindi attivo solo verso i ceppi che utilizzano il CCR5 ("virus CCR5 tropico"). HIV può essere composto da diversi ceppi, che utilizzano solo i recettori CCR5 (R5), solo i recettori CXCR4 (X4), "misti" (utilizzano R5 o X4) o "doppi" (in grado di utilizzare entrambi). Quindi, prima di utilizzare MVC deve essere eseguito un prelievo per testarne del tropismo. Il principale effetto collaterale di MVC è l'ipotensione, ma è un effetto raro. In relazione alla restante terapia assunta la dose varia da 150/300/ 600mg od o bid.

2	Inibitori della trascrittasi inversa
2A	**Inibitori nucleosidici della trascrittasi inversa [NRTIs]**
Lamivudina [Epivir, 3TC]	Uno degli antiretrovirali più comunemente utilizzati, 3TC è attivo anche verso il virus dell'epatite B (HBV). Generalmente è ben tollerato, un effetto collaterale non comune è la neuropatia periferica (PN). Viene somministrato alla dose di 300 mg od o 150 mg bid.
Abacavir [Ziagen, ABC]	Solitamente co-formulato con 3TC nel Kivexa (vedi sotto). Può causare una reazione di ipersensibilità (HSR) in individui suscettibili per cui si raccomanda di eseguire test genetici per l'allele HLAB5701 prima dell'utilizzo di questo farmaco. La positività HLAB5701 implica un rischio più elevato di HSR e ABC non deve essere somministrato. Gli effetti collaterali comuni dell'ABC includono nausea e mal di testa, alcuni evitano il farmaco a causa della discussione sul possibile rischio cardiovascolare. Singolo agente alla dose di 600 mg od o 300 mg bid.
Emtricitabina [Emtriva, FTC]	Sebbene non del tutto uguale, questo NRTI è clinicamente paragonabile a 3TC e è solitamente combinato con Tenofovir nel Truvada o nel Descovy (vedi sotto). Generalmente è un farmaco bel tollerato, gli effetti collaterali non comuni includono PN e pigmentazione della pelle. Singolo agente alla dose di 200 mg od.
Tenofovir	Questo antiretrovirale è ampiamente utilizzato, è attivo sia verso HIV che HBV ed è il principale antivirale utilizzato per trattare quest'ultimo. Disponibile in due forme molecolari:
▪ **Tenofovir Disoproxil Fumarato [Viread, TDF]**	Solitamente coformulato con FTC nel Truvada (vedi sotto). Gli effetti collaterali sono renali (tubulopatia prossimale e raramente sindrome di Fanconi) e perdita di densità minerale ossea (BMD). Una grave tossicità per TDF si verifica raramente. Singolo agente alla dose di 245 mg od.
▪ **Tenofovir Alafenamide [TAF]**	Disponibile solo coformulato con FTC nel Descovy (vedi sotto), mostra una minor tossicità renale ed ossea rispetto a TDF. Viene somministrato alla dose di 10 mg od con in regimi contenenti Ritonavir o Cobicistat e 25 mg od in tutti gli altri casi.
Zidovudina [Retrovir, AZT]	Questo farmaco è oggi utilizzato raramente a causa della significativa tossicità (anemia, nausea e lipodistrofia). Può essere utilizzato in specifiche situazioni (ad es. gravidanza, resistenze all'ART o penetrazione nel sistema nervoso centrale). La dose è 250 mg bid.
Stavudina [Zerit, D4T] **Didanosina [Videx, DDI]**	Si tratta dei due NRTI più vecchi, che oggi non dovrebbero essere utilizzati a causa dei gravi eventi avversi inclusi PN grave e tossicità epatica.

Tabella 1 **Farmaci Antiretrovirali: una panoramica**

2B	Inibitori non nucleosidici della trascrittasi inversa [NNRTI]
Efavirenz [Sustiva, EFV]	Sebbene efficace, l'EFV presenta diversi effetti collaterali tra cui eruzioni cutanee (occasionalmente sindrome di Stevens-Johnson), cambiamento dell'umore, psicosi, problemi cognitivi, disturbi del sonno (insonnia, sogni anormali), vertigini e nausea. La maggior parte di questi sono di breve durata ma possono persistere in una percentuale significativa di utenti, in particolare nelle PAWH. Alcuni effetti possono essere subclinici con netto miglioramento in coloro che interrompono il trattamento. La dose è 600 mg od.
Nevirapina [Viramune, NVP]	NVP è efficace ma presenta effetti collaterali potenzialmente gravi entro le prime settimane di utilizzo. Questi includono la necrolisi epidermica tossica e l'insufficienza epatica fulminante, più comuni nei pazienti di origine africana e nelle donne, specialmente durante la gravidanza. Nei pazienti stabilmente in trattamento con NVP è ben tollerato. Per questo motivo in chi assume il stabilmente il trattamento non viene modificato, ma non viene generalmente utilizzato per i nuovi trattamenti. La dose è 200 mg bid o 400 mg od come formulazione a rilascio prolungato
Rilpivirina [Edurant, RPV]	L'RPV è generalmente ben tollerata. Rash e disturbi dell'umore sono riportati meno comunemente che con EFV, ma possono verificarsi. Le dose è 25 mg od e deve essere assunto con il cibo.
Etravirina [Intelence, ETV]	ETV è attivo verso la maggior parte dei ceppi resistenti agli NNRTI. Sebbene generalmente ben tollerato, ha una formulazione che molti pazienti trovano sgradevole e il suo uso è raro. La dose è 200 mg bid, spesso somministrato come 400 mg od.

3	Inibitori dell'integrasi [INSTIs]
Raltegravir [Isentress, RAL]	RAL è un farmaco ben tollerato, sebbene a volte sia stata osservata una moderata ipertransaminasemia iniziale e siano comparsi disturbi dell'umore e del sonno. La dose è 400 mg bid (formulazione originale), ora generalmente somministrata alla dose di 1200 mg od (due compresse da 600 mg).
Elvitegravir [EVG]	L'EVG non è disponibile come singolo agente ed è somministrato solo in all'interno di formulazioni a singola compressa, coformulato con un agente potenziante/booster (vedi sotto).
Dolutegravir [Tivicay, DTG]	Il DTG è un potente INSTI, è generalmente ben tollerato sebbene possa causare disturbi del sonno, mal di testa e nausea. Disturbi dell'umore ed effetti collaterali neuropsichiatrici si verificano in una minoranza di utenti in DTG. È anche coformulato con ABC e 3TC nel Triumeq (vedi sotto). Agente singolo alla dose di 50 mg od (50 mg bid in caso di resistenza agli INSTI)
Bictegravir [BIC]	BIC non è disponibile come singolo agente ma solo coformulato con Descovy all'interno di un regime a compressa singola (vedere di seguito).

Tabella 1 **Farmaci Antiretrovirali: una panoramica**

4	Inibitori della proteasi [PI]
Potenziatori Farmaco-cinetici/ Booster	Gli inibitori della proteasi sono generalmente coformulati con un potenziatore farmacocinetico (booster) a basso dosaggio che blocca il citocromo p450 e quindi consente la somministrazione di una dose inferiore del PI. Si noti che tutti i PI boosterati causano un incremento variabile dei livelli sierici di lipidi e quindi posso incrementare il rischio cardiovascolare. Sono disponibili due potenziatori farmacocinetici/booster:
Ritonavir [Norvir, RTV]	Ben tollerato ma può causare diarrea e nausea. Indicato, come booster, alla dose di 100 mg od o 100 mg bid (a seconda del PI) ed è indicato con "/r"
Cobicistat [Tybost, cobi]	Cobi non è attivo in modo indipendente verso HIV e ha un profilo di effetti collaterali simile a RTV. La dose è 150 mg od o bid ed è rindicato con "/ c".
Atazanavir [Reyataz, ATZ]	ATZ è un farmaco generalmente ben tollerato, causa spesso iperbilirubinamia (non coniugata) non clinicamente significativa. Questo può manifestarsi come ittero cutaneo e sclerale che può angosciare il paziente e preoccupare inutilmente il medico non HIV specialista. Più significativi ma meno comuni sono la nefrolitiasi, la colelitiasi e lo sludge biliare, tutti correlati alla cristallizzazione del farmaco. La dose è 300 mg od boosterato con 100 mg di RTV od (compresse separate) o con cobi (150 mg coformulato, vedi sotto). ATZ può anche essere somministrato senza booster (meno comune) alla dose di 400 mg die.
Darunavir [Prezista, DRV]	DRV è un potente PI, generalmente ben tollerato. È a base di sulfonamide per cui il rash cutaneo può essere un problema, soprattutto nei casi in cui vi è una nota allergia alla sulfonamide ove è controindicato; inoltre in alcuni individui può provocare diarrea o incremento ponderale. La dose è 800 mg od o 600 mg due volte al giorno (boosterato con RTV (100 mg, compressa separata da assumere con ciascuna dose) o cobi (150 mg co-formulato, vedi sotto).
Lopinavir/ritonavir [Kaletra, LPV/r] Fosamprenavir/ritonavir [Telzir, FPV/r] Saquinavir/ritonavir [Invirase, SQV/r] Tipranavir/ritonavir [Aptivus, TPV/r]	Questi sono PI di vecchia data scarsamente utilizzati oggi. Tutti causano diarrea e dislipidemia come principali effetti collaterali.

Coformulazione

1	Regimi a singola compressa (STR)
Questi comprendono regimi terapeutici completi. Gli effetti collaterali sono prevedibili considerando i singoli componenti sopra elencati.	
Atripla: EFV/TDF/FTC **Odefsey: RPV/FTC/TAF** **Eviplera: RPV/TDF/FTC** **Genvoya: EVG/c/TAF/FTC** **Stribild: EVG/c/TDF/FTC**	**Triumeq: DTG/ABC/3TC** **Symtuza: DRV/c/TAF/FTC** **Juluca: DTG/RPV** **(indicato solo nello switch; non terapia di prima linea)** **Biktarvy: BIC/TAF/FTC**

2	Combinazioni a dose fissa (FDC)
Questi sono generalmente somministrati in associazione. Gli effetti collaterali sono prevedibili considerando i singoli componenti sopra elencati. Tutti vengono somministrati una volta al giorno (od) ad eccezione di Combivir e Trizivir, usati raramente e somministrati bid.	
NRTIs	**PI**
Truvada: TDF/FTC **Kivexa: ABC/3TC** **Descovy: TAF/FTC** **Combivir: AZT/3TC** **Trizivir: AZT/3TC/ABC**	**Evotaz: ATZ/c** **Rezolsta: DRV/c**

Tabella 1 **Farmaci Antiretrovirali: una panoramica**

Polifarmacia ed interazioni farmacologiche

La polifarmacia nell'ambito dell'infezione da HIV e dell'invecchiamento è un problema molto significativo. Quindi è di fondamentale importanza non trattare in modo isolato ogni singola condizione associata all'infezione da HIV ed all'invecchiamento senza considerare le problematiche che potrebbero derivare dalle interazioni farmacologiche o la tossicità determinata dal cambiamento nel metabolismo dei singoli farmaci correlato all'invecchiamento.

Una comunicazione chiara e costante tra tutti gli operatori sanitari sulle prescrizioni indicate per i pazienti con infezione da HIV e sulle motivazioni di tali prescrizioni è fondamentale poiché modifiche terapeutiche possono verificarsi di frequente con conseguente aumento del rischio di interazioni farmacologiche (DDI), una delle principali cause di morbidità e ricovero ospedaliero.

Verifiche regolari con i pazienti su tutti i farmaci assunti, a cosa serve ciascun farmaco e come assumerlo sono aspetti importanti che dovrebbero essere verificati da tutti gli operatori sanitari, in particolare dai farmacisti HIV specialisti se possibile. Ciò garantisce la somministrazione di un dosaggio corretto, può ridurre i possibili effetti collaterali ed evitare potenziali interazioni farmacologiche.

IMPORTANTI INTERAZIONI FARMACOLOGICHE (DDI)

Sebbene nessuna classe di farmaci per l'infezione da HIV sia del tutto priva di DDI, le più importanti interazioni si verificano con i farmaci boosterati con cobicistat o ritonavir, nella fattispecie gli inibitori della proteasi, con elvitegravir (Stribild, Genvoya), così come con alcuni NNRTI.

I farmaci di comune utilizzo che possono interagire con alcuni antiretrovirali includono alcune statine, farmaci a prescrizione medica obbligatoria, farmaci da banco che riducono l'acidità di stomaco, warfarin e anticoagulanti orali diretti (DOAC) e molti preparati steroidei come ad esempio gli spray nasali [Tabella 2]. È molto importante controllare le potenziali interazioni farmacologiche prima di prescrivere questi agenti.

La principale fonte di informazioni aggiornate sulle interazioni farmacologiche della terapia per HIV è il sito web sulle interazioni farmacologiche dell'Università di Liverpool, www.hiv-druginteractions.org. È semplice da usare, disponibile sia online che come app, ed è uno strumento fondamentale per il monitoraggio della terapia farmacologica nei pazienti con infezione da HIV.

Tabella 2 **Comuni interazioni farmacologiche con l'ARV potenzialmente gravi**

Chiave di lettura

Farmaco	*PI Boosterato, Stribild, Genvoya*	*NNRTI*	*INSTI Non Boosterati*
Corticosteroidi			
Prednisolone e metilprednisolone	Livelli aumentati	Livelli diminuiti con EFV, NVP e ETR Non interazione con RPV	Non interazione
Fluticasone, triamcinolone e mometasone	Controindicato	Livelli diminuiti con EFV, NVP e ETR Non interazione con RPV	Non interazione
Desametasone	Livelli aumentati	Controindicato con RPV Livelli diminuiti con EFV, NVP e ETR	Non interazione
Anticoagulanti/DOACs			
Warfarin	I livelli potrebbero essere aumentati o ridotti; monitorare INR	I livelli potrebbero essere aumentati o ridotti con EFV, NVP and ETR; monitorare INR Non interazione con RPV	Non interazione
Eparina a basso peso molecolare	Non interazione	Non interazione	Non interazione
Edoxaban	Livelli aumentati	Non interazione	Non interazione
Rivaroxaban	Controindicato	Livelli diminuiti con EFV, NVP e ETR Non interazione con RPV	Non interazione
Apixaban	Controindicato	Livelli diminuiti con EFV, NVP e ETR Non interazione con RPV	Non interazione
Dabigatran	Controindicato with COBI Può essere usato con RTV 100mg	Livelli aumentati con ETR e RPV Non interazione con EFV e NVP	Non interazione

CHIAVE DI LETTURA

Rosso- significative interazioni - utilizzo controindicato

Arancione – modifiche nella concentrazione del farmaco, possono essere necessarie modifiche della dose

Verdi – non interazioni clinicamente significative

ATZ: Aatzanavir **BIC:** Bictegravir **COBI:** Cobicistat **DTG:** Dolutegravir **EFV:** Efavirenz
ETR: Etravirina **NVP:** Nevirapina **RAL:** Raltegravir **RPV:** Rilpivirina **RTV:**Ritonavir

Farmaco	*PI Boosterato, Stribild, Genvoya*	*NNRTI*	*INSTI Non Boosterati*
Anti-piastrine			
Clopidogrel	Controindicato	Controindicato con EFV, NVP e ETR Non interazione con RPV	Non interazione
Ticagrelor	Controindicato	Decreased exposure con EFV, NVP e ETR Non interazione con RPV	Non interazione
Prasugrel	Non interazione	Non interazione	Non interazione
Farmaci per il diabete			
Metformina	Non interazione	Non interazione	Livelli aumentati con DTG e BIC Non interazione con RAL
Gliclazide	Livelli diminuiti con RTV Non interazione con COBI	Livelli aumentati con EFV e ETR Non interazione con NVP e RPV	Non interazione
Sitagliptin	Non interazione	Livelli diminuiti con EFV, NVP e ETR Non interazione con RPV	Non interazione
Statine			
Simvastatin	Controindicato	Controindicato	Non interazione
Rosuvastatin	Livelli aumentati Dose massima 10mg od	Non interazione	Non interazione
Atorvastatina	Livelli aumentati Dose massima 20mg od	Livelli diminuiti con EFV, NVP e ETR Non interazione con RPV	Non interazione

Tabella 2 **Comuni interazioni farmacologiche**

Farmaco	*PI Boosterato, Stribild, Genvoya*	*NNRTI*	*INSTI Non Boosterati*
Antiacidi			
PPIs	**Controindicato con ATZ** **Non interazione con altri PI boosterato**	**Controindicato con RPV** **Non interazione con EFV, NVP e ETR**	**Non interazione**
Ranitidine	**Usare ATZ a distanza di 12 ore** **Non interazione con altri PI**	**Usare RPV a distanza di 12 ore** **Non interazione con EFV, NVP e ETR**	**Non interazione**
Integratori minerali			
Ferro, Calcio, Zinco, Magnesio, Allumi-nio e Selenio	**Non interazione**	**Non interazione**	**Somministazione separata di almeno 6 ore**
Disfunzione Erettile (ED)			
Sildenafil	**Controindicato per Ipertenzione polmonare** **ED – Dose massima 25mg ogni 48 ore**	**Livelli diminuiti con EFV, NVP e ETR** **Non interazione con RPV**	**Non interazione**
Tadalafil	**ED – Dose massima 10mg ogni 72 ore**	**Livelli diminuiti con EFV, NVP e ETR** **Non interazione con RPV**	**Non interazione**
Vardenafil	**Controindicato**	**Livelli diminuiti con EFV, NVP e ETR** **Non interazione con RPV**	**Non interazione**

Tabella 2 **Comuni interazioni farmacologiche**

Farmaco	*PI Boosterato, Stribild, Genvoya*	*NNRTI*	*INSTI Non Boosterati*
Oppiacei			
Morfina	Livelli aumentati, monitorare per tossicità da oppiacei	Livelli aumentati con EFV and ETR, monitorare per tossicità da oppiacei Non interazione con NVP e RPV	Non interazione
Codeina e diidro-codeina	Non interazione	Non interazione	Non interazione
Tramadolo	Livelli aumentati	Livelli diminuiti con EFV e NVP Non interazione con ETR e RPV	Non interazione
Ossicodone	Livelli aumentati	Livelli diminuiti con EFV, NVP e ETR Non interazione con RPV	Non interazione
Anticolinergici			
Ossibutinina	Livelli aumentati	Livelli diminuiti con EFV, NVP e ETR Non interazione con RPV	Non interazione
Solifenacina	Livelli aumentati Dose massima 5mg od	Livelli diminuiti con EFV e NVP increased con ETR Non interazione con RPV	Non interazione
Tolterodina	Livelli aumentati	Attenzione con RPV poiché entrambi prolungano l'intervallo QTc.	Non interazione
Sedativi			
Diazepam and altre benzodia-zepine	Livelli aumentati	Livelli diminuiti con EFV e NVP; aumentata espozione con ETR Non interazione con RPV	Non interazione
Temazepam	Non interazione	Non interazione	Non interazione
Zopiclone	Livelli aumentati	Livelli diminuiti con EFV, NVP e ETR Non interazione con RPV	Non interazione

Tabella 2 **Comuni interazioni farmacologiche**

Farmaco	*PI Boosterato, Stribild, Genvoya*	*NNRTI*	*INSTI Non Boosterati*
Antagonisti della dopamina			
Aloperidolo	**Livelli aumentati**	**Livelli diminuiti con EFV, NVP e ETR. Cautela con RPV poiché entrambi prolungano l'intervallo QTc**	**Non interazione**
Olanzapina	**Livelli diminuiti con RTV Non interazione con COBI**	**Livelli diminuiti con EFV Non interazione con NVP, ETR e RPV**	**Non interazione**
Quetiapina	**Controindicato**	**Livelli diminuiti con EFV, NVP e ETR Cautela con RPV poiché entrambi prolungano l'intervallo QTc.**	**Non interazione**
Risperidone	**Livelli aumentati.**	**Livelli diminuiti con EFV, NVP e ETR. Non interazione con RPV**	**Non interazione**
Agenti anti-nausea			
Metoclopramide e cyclizine	**Non interazione**	**Non interazione**	**Non interazione**
Ondansetron	**Non interazione**	**Non interazione con EFV, NVP e ETR. Cautela con RPV poiché entrambi prolungano l'intervallo QTc**	**Non interazione**
Domperidone	**Controindicato**	**Livelli diminuiti con EFV, NVP e ETR Cautela con RPV poiché entrambi prolungano l'intervallo QTc.**	**Non interazione**

Tabella 2 **Comuni interazioni farmacologiche**

Farmaco	*PI Boosterato, Stribild, Genvoya*	*NNRTI*	*INSTI Non Boosterati*
FANS			
Ibuprofene	**Non interazione**	**Livelli aumentati con EFV e ETR** **Non interazione con NVP e RPV**	**Non interazione**
Diclofenac* ***Diclofenac non è raccomandato in pazienti ad alto rischio cardiovascolare**	**Non interazione**	**Livelli aumentati con EFV e ETR** **Non interazione con NVP e RPV**	**Non interazione**
Naprossene	**Non interazione**	**Livelli aumentati con EFV e ETR** **Non interazione con NVP e RPV**	**Non interazione**

DISCLAIMER

Si noti che la tabella sopra riportata non include tutte le interazioni farmacologiche.

Ulteriori informazioni sono disponibili nei seguenti siti web:

- **www.hiv-druginteractions.org**
- **www.eacsociety.org/files/guidelines_9.0-english.pdf**
- **hivclinic.ca/drug-information/drug-interaction-tables/**

A causa della rapida evoluzione delle informazioni sul trattamento e le terapie per l'infezione da HIV si consiglia ai lettori di verificare le informazioni contenute in questa pubblicazione con i siti Web sopra citati prima di applicarle alla cura del paziente. Se hai bisogno di ulteriori informazioni sulle interazioni farmacologiche chiedi aiuto al farmacista locale specializzato in HIV.

Test di monitoraggio per l'infezione da HIV

Tutti i pazienti affetti da infezione da HIV vengono regolarmente sottoposti a test di monitoraggio per valutare un eventuale fallimento terapeutico, la tossicità dei farmaci e le potenziali comorbilità:

Test da effettuare ogni sei mesi

- Carica virale di HIV
- Emocromo completo
- Enzimi epatici, funzionalità renale e livelli di calcio e fosfato
- Screening per sifilide e altre infezioni a trasmissione sessuale (IST)
- Esami relativi ad altre condizioni necessitanti un trattamento
- Proteine urinarie: rapporto creatinina urinaria (uPCR) se si assume Tenofovir

Test annuali

- Conta dei CD4
- Livello dei lipidi a digiuno
- Sierologia per epatite B e C
- Screening del cancro cervicale ed anale nelle donne
- Screening del cancro anale negli uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini (MSM)

Tutti gli altri test sono i medesimi che si effettuano sulla popolazione generale alla rispettiva età.

Comorbidità correlate all'età nell'infezione da HIV

BOCCA, PELLE E CAPELLI

L'infezione da HIV può dare origine a sintomi orali, soprattutto quando la conta dei CD4 è <300, come la candidosi orale (mughetto) e la cheilite angolare, sensibili alla terapia topoca con clotrimazolo/idrocortisone, la leucoplachia orale capelluta che può essere trattata con Aciclovir 800 mg tds per 3 settimane, e ulcere orali. Gengiviti, recessioni gengivali e riduzione della salivazione sono comuni con l'infezione HIV. Tutte le procedure odontoiatriche, compresa la sostituzione dentale, sono sicure da eseguire nelle persone con infezione da HIV indipendentemente dall'età. Se è necessaria l'anestesia è importante che il dentista sia a conoscenza dell'ART assunta, poiché vi sono alcune interazioni significative *[Tabella 2]*.

Le problematiche cutanee associate all'infezione da HIV come la follicolite, l'eczema seborroico, la psoriasi e le infezioni batteriche della pelle tendono a migliorare una volta che la conta dei CD4 aumenta durante il trattamento antiretrovirale. Tuttavia, alcune infezioni virali, come le verruche e il mollusco contagioso, possono peggiorare con il ristoro dell'immunità. Molti antiretrovirali possono causare rash cutanei allergici ed occasionalmente la sindrome di Stevens Johnson *[Tabella 1]*. Alcune condizioni sono comuni sia nell'infezione da HIV che nell'invecchiamento, come le ittiosi, l'herpes zoster e i tumori della pelle, con l'infezione da HIV che raddoppia il rischio di melanoma maligno. L'herpes zoster (fuoco di Sant'Antonio) è comune nell'infezione da HIV e anche nell'invecchiamento, tutti i pazienti con infezione da HIV dovrebbero essere vaccinati se la conta dei CD4 è > 200.

Le complicanze dell'HIV nella salute dei piedi includono la neuropatia periferica, le infezioni fungine e le verruche, che possono anche essere resistenti al trattamento.

L'alopecia si verifica con la perdita di capelli parziale o totale e come forma particolare di sifilide, comune negli MSM con infezione da HIV.

CUORE E VASI SANGUIGNI

Le malattie cardiovascolari (CVD) nei pazienti con infezione da HIV possono verificarsi in età più precoce rispetto agli individui sieronegativi. È fondamentale trattare i fattori di rischio modificabili, in particolare l'ipertensione e il fumo, che sono comuni nei pazienti con infezione HIV. Strumenti di valutazione del rischio cardiovascolare come il Q-risk 3 e il Framingham possono sottostimare il rischio nei pazienti con infezione da HIV, ma sono comunque molto utili.

È necessario prestare estrema attenzione nella scelta della terapia statinica che non interagisca con l'ART *[Tabella 2]*, poiché questa è una delle interazioni farmacologiche gravi più comunemente osservate nei pazienti con infezione da HIV in trattamento.

L'ipertensione arteriosa è associata sia all'invecchiamento che all'infezione da HIV, soprattutto quando la carica virale è elevata, la persona è di etnia africana e/o ha il diabete. Sia l'ipertensione che il diabete sono trattati come nella popolazione generale con un riferimento particolare alle possibili interazioni farmacologiche *[Tabella 2]*.

POLMONI

Il trattamento antiretrovirale ha portato a una significativa riduzione delle infezioni polmonari gravi o fatali, come la polmonite da Pneumocystis (PCP), quindi ora la maggior parte delle infezioni polmonari nei pazienti anziani con infezione da HIV sono quelle osservate nella popolazione generale che invecchia. Agli individui con conta dei CD4 <200 viene solitamente somministrata una profilassi orale con cotrimossazolo o pentamidina per via inalatoria per prevenire la PCP.

I pazienti anziani con infezione da HIV hanno alti tassi di broncopneumopatia cronica ostruttiva (COPD). Alcuni fattori come la predisposizione alle infezioni polmonari ricorrenti o i tassi più elevati di fumo negli individui con infezione da HIV giocano un ruolo importante, così come l'immunoattivazione HIV correlata. Interazioni farmacologiche gravi e prevenibili possono verificarsi tra diversi antiretrovirali e alcuni steroidi inalatori *[Tabella 2]*.

L'influenza stagionale sembra causare una sintomatologia più grave nelle persone con infezione da HIV, specialmente in quelle con una bassa conta di CD4, e la vaccinazione antinfluenzale nei pazienti HIV previene maggiormente morte e malattia grave rispetto alla popolazione generale. Il vaccino antinfluenzale inattivato viene somministrato per via iniettiva nei pazienti HIV indipendentemente dalla conta dei CD4 o dall'età con un vaccino quadrivalente per coloro che hanno meno 65 anni e uno trivalente per coloro che sono al di sopra dei 65 anni. Il vaccino in formulazione spray nasale con virus vivo attenuato non dovrebbe essere utilizzato.

Le infezioni da pneumococco sono più comuni nei pazienti con infezione da HIV rispetto alla popolazione generale, specialmente in quelli con bassa conta dei CD4, nonostante la terapia antiretrovirale. La vaccinazione antipneumococcica è consigliata a tutti i pazienti HIV, indipendentemente dall'età; è più efficace nelle persone con un numero di CD4> 200. Le attuali indicazioni BHIVA raccomandano la somministrazione del vaccino coniugato in tutti i pazienti HIV, quindi e nei pazienti di età> 65 anni o con altre comorbidità il vaccino polisaccaridico antipneumococcico.

L'infezione da HIV aumenta il rischio di tubercolosi e la probabilità malattia tubercolare è maggiore nei soggetti con bassa conta dei CD4. L'ART riduce notevolmente il rischio di tubercolosi attiva, ma è fondamentale eseguire lo screening per la tubercolosi in tutti i pazienti provenienti da paesi ad alta endemia tubercolare e in quelli con bassa conta dei CD4. Il trattamento è lo stesso utilizzato per la popolazione generale, ma è importante prestare attenzione alle interazioni farmacologiche con la terapia antiretrovirale *[Tabella 2]*.

La neoplasia polmonare è 2-3 volte più comune nei pazienti con infezione da HIV e l'incidenza aumenta con l'età. Poiché il fumo di sigaretta è un fattore fortemente associato non è chiaro se questo aumento del rischio sia dovuto all'HIV stesso o al tasso più elevato di fumo. Lesioni solide o alterazioni radiologiche polmonare nei pazienti con infezioni da HIV possono essere causate da condizioni diverse dalla neoplasia polmonare e devono essere esaminate tempestivamente.

RENI

La nefropatia nell'infezione da HIV è simile a quella osservata nell'invecchiamento, con poche eccezioni. L'HIV non trattato può presentare, specialmente nelle persone di quelli di origine africana, una nefropatia associata all'HIV stesso (HIVAN) che dovrebbe essere trattata iniziando la terapia antiretrovirale. Alcuni farmaci antiretrovirali causano calcolosi renali, costituiti da cristalli di farmaco, altri possono causare tubulopatia prossimale e talvolta la sindrome di Fanconi *[Tabella 1]*.

Tutti i pazienti con infezione da HIV ed una severa nefropatia dovrebbero essere visitati anche dal nefrologo.

OSSA E ARTICOLAZIONI

L'infezione da HIV può essere associata sia all'osteopenia che all'osteoporosi, con fratture che si verificano in più giovane età. La ragione di ciò non è chiara, ma tanto più è lungo il periodo di infezione tanto maggiore è il rischio. Le donne con infezione da HIV possono avere una menopausa precoce con incremento del rischio di osteoporosi e gli uomini con ipogonadismo, comunemente riscontrato nell'infezione da HIV, sono maggiormente a rischio di perdita minerale ossea. Il punteggio del FRAX score e la frequenza con cui deve essere eseguita la DEXA nei pazienti HIV non sono ben chiari, sebbene le indicazioni degli studi sulla popolazione generale anziana sieronegativa suggeriscano che questi dovrebbero basarsi sulla gravità dell'osteoporosi riscontrata alla prima valutazione. Il trattamento è il medesimo che per la popolazione generale.

La ricerca ha dimostrato che quasi un terzo dei pazienti sieropositivi ha una carenza di vitamina D, in associazione ad una bassa conta di CD4, nonché ad una scarsa esposizione alla luce solare e/o alla pelle più scura. Alcuni farmaci antiretrovirali contribuiscono allo sviluppo di questa carenza *[Tabella 1]*. È consigliata la terapia sostitutiva.

I problemi articolari dell'infezione da HIV sono comuni e correlati all'infiammazione e all'infezione. La diagnosi e il trattamento sono essenzialmente simili nell'infezione da HIV e nelle patologie articolari correlate all'età. Tuttavia è fondamentale considerare le possibili interazioni farmacologiche con la terapia antiretrovirale prima di somministrare la terapia steroidea, che sia orali, intraoculare o per via iniettiva *[Tabella 2]*.

MALATTIE DEL SANGUE E TUMORI

L'anemia e la trombocitopenia sono comuni sia nelle persone anziane che in quelle con infezione da HIV, in queste ultime possono essere associate al cotrimossazolo utilizzato per il trattamento e/o la prevenzione della PCP.

L'HIV sopprime il sistema immunitario rendendolo meno efficace nel monitorare e nell'eliminazione delle cellule cancerogene di conseguenza il rischio di sviluppare molti tumori aumenta e spesso questo si verificano in età precoce. In passato le persone con infezione da HIV e deplezione immunitaria in genere avevano tre tipi di neoplasie: il sarcoma di Kaposi (KS), il linfoma non Hodgkin e il cancro cervicale invasivo nelle donne. Questi sono indicati come tumori AIDS associati e sono tutti mediati dal virus. Il sarcoma di Kaposi è spesso misdiagnosticato od interpretato erroneamente, vedere le immagini su **www.hiv.va.gov/provider/image-library/ks-hhv-8.asp**.

Alcuni tumori non AIDS associati appaiono comunque più comunemente nei pazienti con infezione da HIV, questo potrebbe essere correlato ad un tasso più elevato di fumo di sigaretta, alla coinfezione con virus herpetici oncogeni o con virus epatitici. Questi comprendono: neoplasia polmonare; Linfoma di Hodgkin; cancro anale, sia negli uomini che nelle donne, e la neoplasia epatica (carcinoma epatocellulare) nei pazienti con coinfezione da HBV o HCV. I tumori del rene e della pelle, così come le leucemie ed tumori della testa-collo sono due volte più comuni nelle persone con infezione da HIV.

I pazienti con infezione da HIV dovrebbero seguire i programmi di screening tumorale previsti nel regno attraverso il loro medico di famiglia e, se possibile, accedere ai servizi di screening per neoplasia intraepiteliale anale (AIN) attraverso la clinica HIV di riferimento.

MALATTIE DEL FEGATO ED EPATITI VIRALI

L'epatopatia è comune nei pazienti con infezione da HIV. Le infezioni virali croniche con epatite B e C sono le cause più comuni, ma anche la terapia farmacologica (sia antiretrovirale che non, compresi i farmaci da banco e quelli a base di erbe), l'abuso alcolico, l'uso di sostanze stupefacenti e l'epatosteatosi associata all'obesità sono cause sempre più frequenti e significative di comorbidità epatica. Alcune infezioni opportunistiche (ad esempio le infezioni micobatteriche, la leishmaniosi viscerale e l'infezione disseminata da CMV) ed il rispettivo trattamento possono causare epatopatia.

Qualsiasi incremento degli enzimi epatici deve essere prontamente investigato in collaborazione con il team locale di epatologi al fine di individuare la causa e valutare l'entità dell'infiammazione epatica e della fibrosi. Nella maggior parte dei casi questo si può fare con test non invasivi (elastografia epatica, APRI, FIB-4), ma occasionalmente può essere necessaria una biopsia epatica. In caso di danno epatico indotto da farmaci, il farmaco o i farmaci che lo causano dovranno essere sospesi.

L'epatite A (HAV) è comune pazienti HIV MSM; se non sono presenti anticorpi è importante eseguire la vaccinazione per prevenire future infezioni.

Epatite B (HBV): Le persone con infezione da epatite B (HBV) dovrebbero essere assistite anche da un epatologo, se possibile. Tutti i pazienti con l'HBV dovrebbero essere screenati anche per l'HIV poiché alcuni antivirali usati per il trarramento dell'HBV hanno anche un'attività anti-HIV ed il loro isolato utilizzo potrebbe provocare una soppressione subottimale di HIV *[Tabella 1]*. La vaccinazione contro l'HBV dovrebbe essere somministrata a tutti coloro che non presentano l'immunità,

Epatite C (HCV): se vengono riscontrati gli anticorpi è necessario eseguire la determinazione della carica virale (HCV RNA) e, se rilevabile, il paziente deve essere indirizzato ad un epatologo esperto di coinfezione HIV-HCV per il trattamento antivirale.

ORMONI E LIPODISTROFIA

I disturbi della tiroide non sembrano essere significativamente maggiori nei pazienti con HIV, sebbene l'ipotiroidismo sia stato associato ad alcuni farmaci antiretrovirali *[Tabella 1]*.

Le donne con infezione da HIV possono presentare irregolarità mestruale e sono a rischio di menopausa precoce (prima dei 45 anni). La ricerca sull'utilizzo della terapia ormonale sostitutiva (HRT) nelle donne sieropositive è limitata e le formulazioni comunemente usate potrebbero interagire con gli antiretrovirali *[Tabella 2]*. Le donne sessualmente attive durante e dopo la menopausa dovrebbero essere incoraggiate a praticare rapporti sessuali protetti ed a sottoporsi allo screening per le infezioni sessualmente trasmissibili. Tutte le donne dovrebbero sottoporsi a regolare screening ginecologico fino all'età di 65 anni e porre attenzione alla condizione del seno a tutte le età. L'infezione da HIV

ed alcuni farmaci antiretrovirali possono causare cambiamenti nel seno rendendolo più grande e bitorzoluto; questi noduli sono solitamente cisti benigne del tessuto mammario.

Negli uomini con infezione da HIV la carenza di testosterone si verifica spesso in età precoce ed è più comune in coloro che hanno una bassa conta di CD4 o in coloro che hanno assunto androgeni (integratori di testosterone); la terapia sostitutiva è efficacie nella maggior parte dei casi. La ginecomastia, dolorosa, può verificarsi in alcuni uomini con infezione da HIV ed causata da alcuni antiretrovirali *[Tabella 1]*, dall'uso ricreativo di steroidi anabolizzanti o da squilibri ormonali. È necessario eseguire un'ecografia e rivolgersi a un endocrinologo.

La frequenza e l'interesse per il sesso diminuiscono con l'età ed in modo variabile nei diversi individui; in particolare, nelle donne può verificarsi improvvisamente con l'inizio della menopausa. Negli uomini disfunzione erettile (DE), problemi con l'eiaculazione e l'incapacità di raggiungere l'orgasmo possono verificarsi sia a causa dell'invecchiamento sia correlati all'infezione da HIV e sono associati ad alcuni farmaci antiretrovirali, in particolare gli inibitori della proteasi, ad alcuni antidepressivi e ad alcuni farmaci antipertensivi.

In aggiunta ai cambiamenti del corpo legati all'età, la lipodistrofia HIV associata si può presentare come lipoatrofia (perdita di grasso) o lipoipertrofia (aumento di grasso), a volte osservate insieme nello stesso individuo; vedi le immagini su **www.hiv.va.gov/provider/image-library/lipodystrophy.asp**.

I fattori che si ritiene contribuiscano sono: alcuni ARV (inclusi alcuni farmaci oggi non più utilizzati), il nadir dei CD4, una cattiva alimentazione, la storia familiare ed il fumo di sigaretta. La lipoatrofia facciale a livello dei cuscinetti adiposi delle guance e dell'area delle tempie è ora vista, da alcuni, come un segno distintivo dell'infezione da HIV e può portare allo stigma e alla perdita di autostima. La lipoatrofia correlata all'HIV può mimare la perdita di grasso che si verifica con l'invecchiamento a livello di braccia, gambe, piedi e glutei.

La lipoipertrofia è l'accumulo di grasso che avviene attorno agli organi interni e, più visibilmente, a livello del seno ed intorno al punto vita sia degli uomini che delle donne. Può essere difficile distinguere la lipoipertrofia dal semplice incremento ponderale e non esiste uno specifico test per discriminarlo. L'inizio delle terapia antiretrovirale porta a un "ritorno alla salute" e questo spesso si traduce in aumento di peso, non sempre nei posti giusti. Evidenze su quali farmaci siano migliori o peggiori rispetto la lipodistrofia emergono costantemente e probabilmente cambieranno nel tempo con la pubblicazione di nuovi dati.

I trattamenti cosmetici (filler cutanei) per la lipoatrofia facciale nell'HIV possono essere utilizzati con successo per ridurre gli evidenti segni di perdita di grasso facciale. La lipoatrofia che coinvolge i glutei può rendere scomode alcune posizioni sedute, inoltre rende difficile dormire o fare il bagno. La biancheria intima imbottita (i pantaloncini da ciclismo sono piuttosto efficaci) e gli anelli gonfiabili spesso aiutano. L'eccessiva lipoatrofia nelle donne può richiedere una riduzione del seno.

SITEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

L'HIV stesso può colpire sia il sistema nervoso centrale che quello periferico, mentre le infezioni opportunistiche come la toxoplasmosi cerebrale, l'encefalite da CMV, la meningite criptococcica o tubercolare ed il linfoma cerebrale primario sono spesso la prima manifestazione della malattia da HIV. La gravità della malattia cerebrale è maggiore e può essere fatale nell'HIV non trattato ed in coloro che hanno con una bassa conta di CD4.

Dall'avvento dell'ART la prevalenza della demenza HIV correlata si è ridotta. Tuttavia alcune (ma non tutte) ricerche hanno dimostrato che i disturbi neurocognitivi legati all'HIV (HAND) stanno aumentando poiché le persone vivono più a lungo con l'infezione da HIV, specialmente in coloro nei quali l'infezione da HIV non è ben controllata dall'ART. Questi disturbi costituiscono uno spettro clinico che va dal deterioramento neurocognitivo asintomatico (ANI) in cui i cambiamenti neurali sono presenti senza sintomi, passando per il decadimento cognitivo lieve (MCI) con riduzione della capacità di concentrazione, della memoria a breve termine e della capacità di svolgere le attività della vita quotidiana (ADL).

Lo stadio finale, la demenza AIDS correlata, è simile a quella osservata con l'invecchiamento, ma può svilupparsi precocemente in coloro che hanno l'infezione da HIV. Il nadir dei CD4 è un fattore di rischio di declino neurologico significativo, anche se successivamente si ottengono controllo della carica virale e buoni livelli di CD4 con il trattamento. Ciò implica che la malattia cerebrale associata all'infezione da HIV è correlata alla durata ed alla gravità dell'infezione e sostiene l'argomentazione secondo cui è fondamentale iniziare l'ART precocemente dopo la diagnosi. Alcuni farmaci usati per trattare l'HIV possono offrire una maggiore protezione contro il declino neurocognitivo rispetto ad altri, riducendo in modo più efficace l'attività del virus nel cervello. La diagnosi sia clinica che tramite test neuropsicologici è lo standard di cura in molte cliniche per l'HIV.

La neuropatia periferica è comune nei pazienti con infezione da HIV, può essere causata direttamente da alcuni farmaci antiretrovirali *[Tabella 1]*, dall'assunzione di altri farmaci, da carenze vitaminiche, diabete ed assunzione eccessiva di alcool.

OCCHI

Una volta che il sistema immunitario viene ripristinato grazie all'ART, non ci sono specifiche condizioni oculari che sembrano essere associate con l'infezione da HIV stessa. L'ittero della sclera e/o della pelle può essere causato da alcuni farmaci *[Tabella 1]*. Il monitoraggio e il trattamento delle condizioni oculare dovrebbero essere lo stesso eseguito nella popolazione generale.

SEZIONE 3

Assistenza agli anziani per specialisti in HIV

Assistenza agli anziani per specialisti in HIV

Con il successo ottenuto nel trattamento dell'infezione da HIV e l'invecchiamento della popolazione le competenze necessarie per prendersi cura dei pazienti anziani con infezione da HIV rispecchiano quelle dei medici di medicina generale e dei geriatri (EMP). La valutazione e la gestione clinica sono parte integrante di una valutazione multidisciplinare comprendente la valutazione geriatrica (CGA).

In questo contesto i geriatri propongono una valutazione clinica olistica focalizzata sulle diagnosi e sull'ottimizzazione della gestione delle condizioni mediche presenti. Le problematiche più comuni sono elencate di seguito.

Per formulare un piano di assistenza personalizzato spesso è richiesta la valutazione di altri specialisti, terapisti, infermieri specializzati e team di salute mentale. Si possono utilizzare il modello di valutazione geriatrica *[vedi Appendice A]* o il modello di valutazione della Società Geriatrica Britannica - British Geriatrics Society - **www.bgs.org.uk/resources/resource-series/fit-for-frailty**

GESTIONE DEI PROBLEMI MEDICI IN GERIATRIA

I principi chiave di una valutazione sono riassunti dall'approccio **AIM**:

A (ASSESS) – VALUTARE

I (INVESTIGATE) – INVESTIGARE

M (MANAGE) – GESTIRE

Molte condizioni si presentano in modo aspecifico nei pazienti più anziani, quindi uno screening ematochimico geriatrico di routine (GABS) aiuta a rilevare anomalie metaboliche clinicamente significative.

SCREENING EMATOCHIMICO GERIATRICO (GABS)

- **Emocromo completo**
- **Glucosio e HBA1c (emoglobina glicata)**
- **Urea ed elettroliti**
- **Bilirubina e transaminasi**
- **Test di funzionalità tiroidea**
- **B12 e acido folico**
- **Calcio e fosfato**
- **Vitamina D**

1. POLIFARMACIA

VALUTARE:

- Ottenere un'accurata ed aggiornata anamnesi farmacologica – sempre legata alla storia clinica:
  - » Spesso la ragione iniziale di una prescrizione terapeutica non è più rilevanti, come la prescrizione continua di antiemetci (ad esempio, metoclopramide con rischio di effetti collaterali anti-dopaminergici)
  - » Presta attenzione alla cascata delle prescrizioni (ad esempio l'amlodipina utilizzata per trattare l'ipertensione provoca gonfiore alle caviglie, che a sua volta porta alla prescrizione di un diuretico)
  - » Trattamenti di nuova introduzione od omissioni di farmaci possono causare malessere (ad esempio doxazosina e cadute)
- Confermare la via di somministrazione dei farmaci
- Ottenere l'aderenza del paziente e chiarire eventuali dubbio sui trattamenti
  - » Considerare i problemi cognitivi:
  - » Sono presenti farmaci (ad es Antimuscarinici) che aggravano il declino?
  - » Qual è l'impatto dei cambiamenti cognitivi sulla somministrazione (ad es. Il paziente può usare efficacemente gli inalatori?), o sulla compliance

INVESTIGARE:

Considerare i sintomi presentati paziente in relazione agli effetti collaterali ed alle note interazioni farmacologiche (ad es. Steroidi e / o antiacidi con ARV) *[Tabella 2]*.

GESTIRE:

- Applicare i criteri STOPP/START *[vedere l'Appendice B]* e utilizzare il portale Web di Liverpool HIV Drug Interactions,
- **www.hiv-druginteractions.org**
- Assicurarsi che ai i pazienti più anziani vengano sempre somministrati farmaci adeguati (ad esempio la terapia anticoagulante per la FA) e che le decisioni di evitare determinati trattamenti siano fondate sulla clinica e non legate all'età
- Farmaci da valutare:
  - » Oppiacei
  - » Anticolinergici
  - » Sedativi
  - » Antagonisti della dopamina
  - » FANS (NB: da evitare nell'insufficienza cardiaca in quanto aumentano la ritenzione di liquidi)
  - » Anticoagulanti
  - » Farmaci per diabetici (NB: potrebbe essere necessario considerare la riduzione della dose nei pazienti con deterioramento cognitivo in caso di dimenticanza

dei pasti o in caso di insufficienza renale per aumentato rischio di accumulo del farmaco ed episodi ipoglicemici)

- Considerare quando appropriato:
  - » Assistenza per supportare il paziente nella gestione dei farmaci
  - » Semplificare il più possibile i regimi terapeutici con assunzioni una o due volte al giorno
  - » Box portapillole
  - » Capacità manuali e capacità visiva del paziente
  - » Verifica le capacità di inalazione
  - » Somministrazione di sciroppo se pazienti disfagici
  - » Contatto con il farmacista HIV

2. MOBILITÀ ED ASPETTI FUNZIONALI

VALUTARE:

Stabilire se si è verificato un cambiamento improvviso/acuto nelle capacità motorie o se si tratta di un declino cronico progressivo

- **CAMPANELLO DALL'ALLARME** - la velocità con cui si sono sviluppati i sintomi
- Valutare se la perdita di funzionalità è di origine muscolo-scheletrica o neurologica
- Stabilire se vi è dolore associato, poiché questa è spesso la chiave per l'origine dei sintomi
- Se di origine neurologica, esiste una componente centrale / corticale o periferica?
- Stabilirei se vi è una perdita motoria, sensoriale o autonomica
- **CAMPANELLO DALL'ALLARME** - nuovo disturbo sfinterico / incontinenza di rapida insorgenza / perdita sensoriale

CAMPANELLO DALL'ALLARME - nuove disfunzioni centrali o corticali

CAMPANELLO DALL'ALLARME – nuovo significativo dolore

- Raccogliere sempre un'anamnesi cronologia delle cadute quando c'è riscontro di un nuovo declino motorio o funzionale (vedi sotto)
- Il paziente sta attualmente affrontando la situazione a casa, con o senza assistenza?
- Informarsi sempre se faticano per recarsi, entrare o uscire dal bagno
- Alcol o sostanze stupefacenti possono essere agenti causali o aggravanti?
- Considerare tutti i farmaci assunti (ad es. le statine che causano mialgie, miositi e miopatie o disturbi del movimento secondari agli antagonisti della dopamina)

INVESTIGARE:

- Richiedere indagini radiologiche appropriate in relazione alla velocità di insorgenza dei sintomi (NB: i sanguinamenti subdurali possono

presentarsi in modo indolente con instabilità generalizzata e scarso equilibrio così come alterazioni della personalità)

- Screening ematochimico geriatrico completo (GABS); compresa la VES se i sintomi sono suggestivi per polimialgia reumatica (PMR)
- Test alzati e cammina - Timed up and go test (TUGT) – la Società Geriatrica Britannica (British Geriatrics Society) considera questo test come strumento di screening. Il paziente viene valutato per alzarsi da una sedia, camminare sino a un punto a 3 metri di distanza e poi tornare alla sedia. Un tempo > 10 secondi suggerisce la necessità di una valutazione geriatrica completa
- L'indice di Barthel *[vedi Appendice C]* viene utilizzato per misurare la dipendenza nelle attività della vita quotidiana (ADL). Aiuta a stabilire la situazione di partenza del paziente ed a valutare la risposta ad un intervento

GESTIRE:

- Un adeguato controllo del dolore (analgesia) è la chiave per mantenere adeguata la mobilità, il sonno ed il tono dell'umore
- Fare riferimento al fisioterapista per l'allenamento della forza muscolare e dell'equilibrio, l'esercizio aerobico e la definizione degli obiettivi. Questi specialisti valuteranno la necessità di ausili per la deambulazione e le caratteristiche appropriate: prenderli in prestito dagli amici può aumentare il rischio di cadute!
- Fare riferimento al terapista occupazionale che può valutare ed ottimizzare le funzioni quotidiane di un paziente, massimizzando la sua indipendenza
- Valutare l'aspetto nutrizione generale e l'apporto calorico del paziente - prendere in considerazione eventuale valutazione nutrizionistica/ dietologica
- Considerare il logopedista nei casi di decadimento neurologico progressive per massimizzare la nutrizione e ridurre al minimo il rischio di aspirazione/ab ingestis.
- Considerare il rischio di osteoporosi e la sua gestione

3. CADUTE

VALUTARE:

- Raccogliere un'anamnesi cronologia delle cadute, valutarne la frequenza e se questa si mofica
- **CAMPANELLO DALL'ALLARME** – Più di due cadute in un anno
- Qual è la natura delle cadute: sincope, instabilità posturale o ipotensione?
- Vi sono segni premonitori prima della caduta? Vi sono segni dopo la caduta?
- È presente una componente funzionale? (es. cadendo di notte andando in bagno)
- La scarsa capacità visiva è una causa? (ad es. cataratta)
- Chiarire sempre se il paziente sta descrivendo instabilità posturale aspecifica, capogiri o vere vertigini (vedere la sezione sui capogiri)
- Escludere una sincope o un'aritmia cardiaca (se sincope vedere la sezione seguente)

INVESTIGARE:

- Eseguire un ECG a 12 derivazioni - può stabilire bradicardia, blocco cardiaco o primo riscontro di FA. Verificare la presenza di un IMA che si manifesta con la caduta o il rischio di aritmie, come ad esempio il riscontro di pregresse alterazioni ischemiche o alterazioni del QTc.
- Controllare la pressione sanguigna in posizione sdraiata e in posizione eretta, un calo della pressione sistolica di> 20 mmHg è significativo
- Screening ematochimico geriatrico completo - GABS - per escludere infezioni acute, disturbi elettrolitici o disfunzioni tiroidee che possono causare aritmie o debolezza muscolare
- Richiedere un ecocardiogramma se è presente un soffio cardiaco (in particolare se soffio sistolico eiettivo compatibile con la stenosi aortica) o segni di disfunzione cardiaca
- Una revisione completa dei farmaci è fondamentale nella valutazione delle cadute

CAMPANELLO DALL'ALLARME - Warfarin or DOAC – considerarne la sospensione

GESTIRE:

- Ottimizzare il controllo delle comorbidità

CAMPANELLO DALL'ALLARME – nuova diagnosi di bradicardia - prendere in considerazione l'interruzione dei farmaci bradicardizzanti (NB: i colliri beta-bloccanti possono avere effetto sistemico)

- Una revisione dei farmaci può identificare farmaci che devono essere ridotti o rimossi, in particolare sedativi e oppiacei (NB: i preparati a base di ossicodone sono raccomandati in caso di insufficienza renale)
- Valutare i cambiamenti recenti dell'ARV (ad es. Maraviroc causa ipotensione ortostatica)

- Se l'ipotensione ortostatica è confermata, rivalutare l'indicazione a terapia diuretica e antipertensiva. Il monitoraggio della pressione arteriosa nelle 24 ore può essere utile per confermare con precisione il corretto controllo della pressione sanguigna ed un ecocardiogramma può essere utile per valutare la funzione ventricolare e la necessità di adeguamento della dose dei diuretici. Spesso questo è un equilibrio difficile da ottenere ed è importante che il paziente sia pienamente informato e partecipi attivamente al processo decisionale
- Fare riferimento alla fisioterapia per supportare i programmi di camminata, forza e mobilità
- Fare riferimento alla terapia occupazionale per massimizzare la funzionalità quotidiana e l'indipendenza
- Far riferimento alle cliniche specialistiche per le cadute per una valutazione completa del rischio
- Gestire l'osteoporosi

4. INCONTINENZA URINARIA

VALUTARE:

- Per le pazienti di sesso femminile, valutare se le caratteristiche dell'incontinenza sono tipiche dell'incontinenza da stress (spesso correlata alla pregressa storia ostetrica), dell'incontinenza da urgenza o di entrambe. Considerare che la tosse cronica può aggravare significativamente l'incontinenza da stress. I sintomi riferiti suggeriscono la presenza di un'ostruzione del flusso a livello della vescica e un successivo trabocco?
- Per i pazienti di sesso maschile stabilire se vi sono sintomi suggestivi per ipertrofia prostatica
- **CAMPANELLO D'ALLARME** - disturbo sfinterico di nuova insorgenza
- **CAMPANELLO D'ALLARME** - dolore alla minzione, ematuria o sospetto di neoplasia prostatica
- È importante valutare:
  - » Diario vescicale *[vedi Appendice D]*, considerare l'introito di liquidi e la quantità di urina
  - » Sintomi del tratto urinario inferiore
  - » Assunzione giornaliera di liquidi
  - » Assunzione di caffeina e alcol
- Eseguire una revisione dei farmaci (NB: diuretici, anticolinergici o oppiacei possono causare ritenzione urinaria con conseguente trabocco)

INVESTIGARE:

- Esame delle urine: stick rapido delle urine, esame chimico fisico (MC&S) e citologia
- Bilancio idrico con quantificazione dei liquidi assunti e dei liquidi eliminati con la produzione di urina *[vedi Appendice D]*
- Considerare un'ecografia dell'addome inferiore e la valutazione del residuo post minzionale (> 200 ml post minzione possono suggerire la necessità di un catetere vescicale)
- Screening ematochimico geriatrico completo - GABS
- Antigene prostatico specifico (PSA)
- Escludere il diabete (HBA1c)
- Considerare lesioni eteroplastiche pelviche con ostruzione del deflusso vescicale
- Considerare le infezioni sessualmente trasmissibili

GESTIRE:

- Trattare le infezioni del tratto urinario (IVU) secondo le linee guida locali
- **CAMPANELLO D'ALLARME** - nei gli uomini con IVU inferiori dovrebbero essere escluse cause ostruttive strutturali sottostanti
- **CAMPANELLO D'ALLARME** - l'ematuria indolore richiede valutazione urologica urgente, secondo la regola delle 2 settimane, poiché il rischio di neoplasia vescicale è alto
- Richiedere valutazioni specialistiche urgenti a seconda dei sintomi campanello d'allarme
- Nei pazienti con BMI aumentato la riduzione del peso corporeo è fondamentale: considerare la valutazione dietologica
- Ridurre l'assunzione di caffeina
- Garantire un alvo regolare
- Coinvolgere precocemente i servizi di incontinenza poiché l'incontinenza causa angoscia, disturbi del tono dell'umore e ritiro dalle attività sociali – i dispositivi assorbenti per l'incontinenza sono forniti gratuitamente dall'NHS
- Per l'incontinenza da stress illustrare per gli esercizi utili per il pavimento pelvico
- Per l'incontinenza da urgenza illustrare i provvedimenti utili per la riabilitazione vescicale
- Considerare la valutazione urologica quando la determinazione dell'eziologia o la gestione è difficoltosa

5. DISTURBI DEL TONO DELL'UMORE

VALUTARE:

- Ci sono caratteristiche e sintomi del disturbo dell'umore - i sintomi sono auto-segnalati, segnalati da un parente o dal caregiver?
- Stabilire eventuali sintomi biologici, in particolare perdita di peso o disturbi del sonno
- Tutti i pazienti dovrebbero avere una valutazione del rischio
- Stabilire se e quanto sostegno c'è in ambiente domestico o il grado di isolamento sociale
- C'è una storia psichiatrica passata o una precedente storia di disturbi del tono dell'umore?
- Valutare l'assunzione di alcool e l'uso passato e presente di droghe ricreative
- Considerare se si è verificato un evento acuto associato, come un lutto o problemi finanziari

INVESTIGARE:

- GABS
- Revisione dei farmaci
- Eseguire un "Hospital Anxiety and Depression Score" (punteggio ospedaliero di ansia e depressione) *[vedere l'Appendice E]* per diagnosticare e valutare la gravità e quindi indirizzare il trattamento e la risposta
- Considera l'esecuzione di una valutazione cognitiva
- Misurare il peso/BMI, elemento importante al basale e per valutare la risposta al trattamento

GESTIRE:

- Gestione basata sul rischio
- Considerare se i farmaci per l'HIV possono essere fattori causali o esacerbanti
- Fare riferimento al Mental Health Liaison Service (Servizio di Collegamento per la Salute Mentale) e considerare di iniziare una terapia di prima linea

6. DECLINO COGNITIVO

VALUTARE:

- Ottenere un'anamnesi completa del decadimento cognitivo da parte del paziente e della famiglia/caregiver
- Escludere la presenza di disturbi del tono dell'umore
- Stabilire se c'è una perdita dell'udito o una riduzione della vista
- Raccogliere un'anamnesi cronologica completa dei farmaci
- Valutare il consumo attuale e precedente di alcol e/o droghe ricreative
- Stabilire se c'è una storia di cadute, particolarmente importante se si assume terapia anticoagulante
- **CAMPANELLO D'ALLARME** - considera l'emorragia subdurale come possibile causa

INVESTIGARE:

- TC encefalo - importante in tutti pazienti con infezione da HIV e decadimento cognitivo, per valutare le cause reversibili e per aiutare a diagnosticare i sottotipi di demenza. Eseguirla urgentemente in caso di deterioramento rapido
- Considerare una risonanza magnetica cerebrale se la TC non è diagnostica e si ipotizza un'eziologia vascolare
- Screening ematochimico geriatrico completo GABS - importante per verificare livelli di vitamina B12, folati e tiroide
- Valuta l'aspetto cognitivo con uno metodiche validate, come:
  - » Mini Mental State Examination (MMSE) *[vedi appendice F]*
  - » Montreal Cognitive Assessment (MOCA) *[vedi appendice G]* - questo test è utile per discriminare tra normalità e deterioramento cognitivo lieve
- Eseguire un esame dello stato mentale per escludere una diagnosi psichiatrica
- Eseguire una valutazione della capacità
- Escludere diagnosi differenziali o altre diagnosi aggiuntive (ad esempio la depressione)

GESTIRE:

- Inviare il paziente in un centro specialistico per la valutazione della memoria
- Trattare i parametri reversibili
- Modificare lo stile di vita: fumo / alcool

7. ICTUS O ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO

VALUTARE:

CAMPANELLO D'ALLARME – Il sospetto di ictus è un'emergenza medica - consultare immediatamente il servizio di emergenza

INVESTIGARE:

- Completo lavoro ospedaliero da parte di un team neurologico specializzato - al di fuori dello scopo di questa guida

GESTIRE:

» Dopo il trattamento acuto da parte del team neurologico, la prevenzione secondaria include:

» Terapia antiaggregante o anticoagulante per i pazienti in FA, come da indicazione neurologica. Entrambi vanno poi assunti per tutta la vita a meno che non si sviluppino nuove controindicazioni. Utilizzare la dose più bassa di PPI per proteggere dagli effetti collaterali degli antiaggreganti (NB: verificare la compatibilità con l'ARV, *[Tabella 2]*)

» Gestione della pressione sanguigna, (considerare il monitoraggio pressorio delle 24 ore per valutarne il controllo) – Target PA sistolica <130 mmHg

» Modificazione del profilo lipidico - mirare a ridurre il colesterolo non HDL di > 40% in 3 mesi - se non raggiunto con la perdita di peso, le modifiche dello stile di vita e terapia ipolipemizzante indirizzare il paziente ad uno specialista

» Controllare l'HbA1c - se anormale considerare il trattamento, in prima istanza gestito dal medico di famiglia

» Cercare di ridurre l'introito alcolico a <14 unità/settimana distribuite almeno su 3 giorni

» Incentivare la cessazione del fumo ed evitare il fumo passivo

- Considerare:

» Depressione post ictus

» Logopedista e terapia del linguaggio sia per la disfasia che per i problemi di deglutizione, che possono peggiorare con malattie intercorrenti

» Fisioterapia continua

» Opzioni per il trattamento della spasticità, inclusa la tossina botulinica - fare riferimento al servizio di riabilitazione

» Problemi di continenza

8. DISTURBI DEL MOVIMENTO

VALUTARE:

- Il parkinsonismo ha molte cause tra cui il morbo di Parkinson idiopatico (PD), il parkinsonismo vascolare, il parkinsonismo indotto da farmaci, la demenza da corpi di Lewy, la paralisi sopranucleare progressiva e l'atrofia multisistemica. Le caratteristiche cliniche specifiche tipiche di queste condizioni esulano dallo scopo di questa revisione
- Le caratteristiche principali del parkinsonismo sono:
  - » Instabilità posturale
  - » Bradicinesia
  - » Tremore involontario delle mani/ movimento del confezionatore di pillole (di solito unilaterale)
  - » Rigidità della ruota dentata (combinazione di ipertonia a tubo di piombo e movimento del confezionatore di pillole)
  - » Altre caratteristiche includono viso inespressivo e micrografia
  - » Le cadute si verificano in ritardo nella malattia di parkinson - se il paziente presenta cadute, considerare un'altra causa (ad es. Correlata al farmaco - metoclopramide, proclorperazina o farmaci antipsicotici o sindrome di Parkinson atipico

INVESTIGARE:

- Tutti i pazienti necessitano una TC encefalo per valutare l'eziologia
- Screening ematochimico geriatrico completo - GABS completo
- Un DaTSCAN può confermare il morbo di Parkinson idiopatico se la diagnosi è dubbia

GESTIRE:

- Tutti i nuovi pazienti dovrebbero essere indirizzati ad un neurologo o ad un neurogeriatra
- È fondamentale assicurarsi che i farmaci per la malattia di Parkinson siano sempre somministrati con regolarità
- Se il paziente è incapace di assumere i farmaci per via orale prendere in considerazione la prescrizione di un cerotto transdermico contenente un agonista dopaminergico od il posizionamento temporaneo di un sondino naso gastrico
- Gestione delle emergenze della malattia di Parkinson: **www.parkinsons.org.uk/sites/default/files/2017-12/pk0135_emergencymanagement.pdf**
- È importante sospendere tutti i farmaci antagonisti della dopamina non essenziali (ad es. Metoclopramide)
- Considerare che gli anticolinergici prescritti per gestire il tremore spesso causano confusione nei pazienti più anziani
- È importante valutare e gestire i sintomi non motori del morbo di Parkinson che spesso vengono trascurati:
  - » Depressione
  - » Costipazione
  - » Disturbi del sonno
  - » Scialorrea

9. NUTRIZIONE

VALUTARE:

- Cercare sempre una causa per la riduzione dell'appetito come:
  - » Polifarmacia
  - » Disturbo dell'umore
  - » Cause del tratto gastrointestinale superiore (ad es. Dispepsia o disfasia)
  - » Cause del tratto gastrointestinale inferiore (es. Stipsi)
- Considerare le cause della perdita di peso:
  - » Neoplasie maligne
  - » Malattie croniche (ad es. BPCO non diagnosticata)
  - » Fumo
  - » Alcol
- Considerare la dentatura, protesi inadatte, ulcere del cavo orale o secchezza delle fauci
- Chiedere informazioni sull'impatto della limitazione della mobilità e dell'accesso ai negozi
- Considerare i limiti finanziari
- Considerare un deterioramento cognitivo non diagnosticato o, se diagnosticato, un impatto sulla routine dei pasti o sull'accesso al cibo
- Tutti i pazienti con una cattiva alimentazione sono a rischio di lesioni cutanee e ulcere da pressione, in particolare coloro che sono incontinenti
- Esaminare sempre la pelle e le aree di pressione in un paziente a rischio e, se necessario, chiedere consiglio a un infermiere specializzato nelle medicazioni cutanee
- Se lo standard di cura previsto non è stato raggiunto, prendere in considerazione valutazione specialistica per salvaguardare il paziente

INVESTIGARE:

- Screening ematochimico geriatrico completo - GABS completo
- Registrare il BMI alla valutazione iniziale e monitorarlo regolarmente
- Applicare uno strumento di valutazione del rischio come il Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) - *[Appendice H]*
- Escludere la presenza di patologie maligne sottostanti o malattie croniche

GESTIRE:

- Consider Meals on Wheels or other food support services
- Eseguire una revisione completa dei farmaci assunti (ad es. farmaci anticolinergici possono causare secchezza delle fauci; la tossicità della digossina è associata a nausea)
- Fare riferimento al dietista secondo il MUST
- Considerare "Meals on Wheels" o altri servizi di supporto alimentare

10. SINCOPE

VALUTARE:

- Eseguire una cronologia completa degli episodi. È importante stabilire una cronologia e le e possibili associazioni per facilitare la diagnosi
- Verificare se gli episodi sono associati a dolore toracico
- **CAMPANELLO D'ALLARME** - angina/cardiopatia ischemica o stenosi aortica critica – valutazione specialistica cardiologica
- Stabilire se è situazionale (ad es. Sincope minzionale)
- Valutare se ci sono sintomi presincopali o palpitazioni
- Considerare la stenosi aortica, convulsioni o cause metaboliche (ad es. Ipossia)
- È essenziale una revisione completa della terapia farmacologica assunta. Tutti gli antiaritmici possono essere proaritmici, la tempistica suggerisce che gli episodi sono secondari all'assunzione di nuovi farmaci (ad esempio alfa bloccanti prescritti per i sintomi prostatici)?

INVESTIGARE:

- Screening ematochimico geriatrico completo - GABS completo
- Registrare la pressione arteriosa in posizione supina ed e in posizione eretta, un calo sistolico> 20 mmHg durante la stazione eretta è significativo
- Un ECG basale a 12 derivazioni può valutare la presenza di bradicardia, blocco cardiaco o FA non diagnosticata
- Indagare la presenza di un nuovo IMA che si presenta come episodio sincopale, il rischio di aritmia come la presenza di pregresse alterazioni ischemiche o un QTc anormale (NB: importante rivalutare l'anamnesi farmacologica)
- Considerare un Holetr ECG delle 24 ore o un altro monitoraggio ambulatoriale appropriato alla frequenza dei sintomi
- Considerare un ecocardiogramma per escludere una cardiopatia valvolare o strutturale
- Considerare il dosaggio del livello di cortisolo alle 9:00 del mattino se vi è storia di terapia steroidea, tumori maligni o evidenza biochimica di possibile insufficienza surrenalica

GESTIRE:

Se c'è un calo posturale> 20 mmHg

Considerare di aumentare l'assunzione di liquidi in assenza di insufficienza cardiaca congestizia (CCF)

Utilizzo di calze elastocompressive se non è presente nessun rischio di vasculopatia periferica (PVD)

Contenere l'uso di diuretici se non CCF

In caso di insufficienza renale sospendere gli ACE inibitori

Considerare la valutazione presso i servizi locale per le cadute

CAMPANELLO D'ALLARME: - sincope con bradicardia o tachicardia - fare riferimento al cardiologo

Fornire sempre i consigli DVLA; www.gov.uk/guidance/assessing-fitness-to-drive-a-guide-for-medical-professionals

11. VERTIGINI

VALUTARE

- La vertigine può essere un termine poco utile in quanto non correlato a specifica eziologia
- Stabilire se le vertigini sono dovute a:
  - » Causa periferica acuta (es. Neurite vestibolare o vertigine posizionale parossistica benigna BPPV)
  - » **CAMPANELLI D'ALLARME** - Causa centrale acuta (es. Ictus del circolo posteriore)
  - » Considerare se secondario a ipotensione posturale (calo sistolico> 20 mmHg in posizione eretta) o sintomi presincopali (vedere la sezione sincope)
  - » Considerare le cause croniche di "vertigini" (ad es. Malattia cerebrovascolare)
  - » Considerare l'uso di alcol / droghe ricreative
  - » Eseguire una revisione completa dei farmaci

INVESTIGARE:

- Eseguire un esame neurologico completo
- Valutazione dell'andatura del paziente: considerare la presenza di una sindrome cerebellare
- Una manovra Dix-Hallpike è utile per valutare la vera vertigine e stabilire se la causa è periferica o centrale (fare riferimento a ENT o EMP)
- Monitorare la pressione arteriosa in posizione supina e durante la stazione eretta
- Eseguire un ECG
- Screening ematochimico geriatrico completo - GABS completo
- Eseguire una TC encefalo per escludere cause strutturali (ad es. Neurinoma acustico)
-

GESTIRE:

- Revisione dei farmaci: considerare le interazioni farmacologiche
- Considerare una valutazione presso le cliniche che si occupano di cadute
- Considerare una valutazione fisioterapica per la diagnosi, il piano di gestione e la valutazione degli ausili per la deambulazione
- Valutazione dell'osteoporosi

12. STIPSI

VALUTARE:

CAMPANELLO D'ALLARME - segni di ostruzione intestinale subacuta – valutazione chirurgica urgente

I pazienti più anziani con stipsi possono avere presentazioni aspecifiche

La presentazione può essere insidiosa (ad es. Appetito ridotto)

La stipsi è una complicanza non motoria comune del morbo di Parkinson

I pazienti possono presentare una maggiore confusione o delirio, in particolare se vi è un deterioramento cognitivo sottostante

Considerare le complicazioni associate come sclerosi del collo vescicale o IVU secondaria

Verificare la presenza di sintomi locali (ad es. Emorroidi)

INVESTIGARE:

- Eseguire sempre un esame rettale
- Screening ematochimico geriatrico completo - GABS completo
- **CAMPANELLO D'ALLARME** - ipercalcemia – escludere patologie maligne
- Verificare la funzionalità tiroidea
- Eseguire una revisione completa dei farmaci assunti
- La radiografia dell'addome esclude la presenza di ostruzione intestinale
- Considerare l'esecuzione di una TC dell'addome o una colonscopia e fare riferimento al servizio di gastroenterologia se c'è un cambiamento nell'abitudine intestinale, perdita di peso o anemia da carenza di ferro

GESTIRE:

Per la semplice stipsi:

Aumentare l'assunzione di liquidi per via orale e consigliare una dieta ricca di fibre: considera Fybogel

- Dove possibile ridurre l'assunzione di oppiacei
- Prescrivere supposte in caso di presenza di feci dure all'esplorazione rettale
- Aumentare la motilità intestinale con stimolanti intestinali in combinazione con emollienti delle feci
- Escludere la ritenzione urinaria

13. DELIRIO

VALUTARE:

- Il delirio è un sintomo comune nei pazienti più anziani
- Pazienti a rischio per delirio:
  - » Il deterioramento cognitivo, noto o non diagnosticato, aumenta il rischio di 10 volte
  - » Ricovero ospedaliero - riscontrato in circa il 30% dei pazienti anziani ricoverati
  - » Tutti coloro che hanno disturbi sensoriali
- Il delirio può essere provocato da:
  - » Tutte le infezione, ma è importante considerare le infezioni opportunistiche o tumori HIV associati
  - » Anomalie biochimiche
  - » Disfunzioni endocrine
  - » Farmaci: comune come effetto collaterale del farmaco stesso o secondario a una DDI
  - » Il periodo post-operatorio
  - » Un disturbo neurologico acuto
  - » Dolore incontrollato
  - » Costipazione o ritenzione urinaria
  - » Piaghe da decubito infette
- I pazienti tipicamente manifestano un delirio agitato, ma bisogna considerare anche il delirio ipoattivo in cui i pazienti diventano più riservati/introversi e con appiattimento emotivo

INVESTIGARE:

- The Confusion Assessment Method (CAM) *[Appendice I]* è più sensibile per la diagnosi di delirio rispetto all'Abbreviated Mental Test score (AMTS)
- Screening ematochimico geriatrico completo - GABS completo
- Eseguire una valutazione cognitiva
- Considerare il "Deprivation of Liberty safeguard (DOLs) assessment"

GESTIRE:

- Trattare la cause sottostanti e rendere neutrale l'ambiente:
  - » Garantire la luce naturale
  - » Assicurarsi che sia visibile un orologio
  - » Coinvolgere la famiglia e gli amici
  - » Ridurre al minimo la medicalizzazione
  - » Dove possibile rimuovere accessi venosi e cateteri
- Ottimizza l'aspetto nutrizionale e incentivare l'idratazione
- Garantire una regolare funzione intestinale
- Identificare lo spazio del paziente con biancheria da letto personale
- Consentire una mobilitazione sicura
- Non ricorrere a farmaci per trattare l'agitazione lieve o moderata

- I pazienti con marcata agitazione psicomotoria spesso richiedono alti livelli di supporto infermieristico e sono gestiti al meglio nei reparti in cui il team ha le adeguate competenze
- Prendere in considerazione farmaci sedativi solo quando esiste il rischio di danno o di pericoli per il paziente stesso o per gli altri, o in caso di grave angoscia. Consultare le linee guida locali. (NB: evitare gli antipsicotici nei pazienti con demenza da corpi di Lewy poiché aumenta la mortalità e nei pazienti con malattia di Parkinson poiché peggiorano i sintomi)
- È importante mantenere costantemente aggiornata la famiglia e coloro che accudiscono il paziente: il delirio è una condizione che può creare angoscia in tutte le persone coinvolte e può richiedere sino 4-6 settimane per risolversi; circa il 20% dei pazienti non torna mai alla condizione di partenza

14. FRAGILITÀ

VALUTARE:

- Concetto riferito ad uno stato di rischio di esiti negativi sulla salute
- È importante stabilire il livello di fragilità di un paziente per indirizzare la gestione clinica e pianificare gli interventi atti a prevenire il declino
- Gli stati di fragilità non sono permanenti e i pazienti possono diventare meno fragili con interventi o trattamenti mirati e appropriati
- Allo stesso modo un evento relativamente minore può avere un impatto significativo sulla fragilità di base del paziente
- Non valutare mai la fragilità durante la fase acuta della malattia ma in ambiente ambulatoriale o comunitario quando il paziente è clinicamente stabile
- La fragilità non è un aspetto obbligatorio dell'invecchiamento
- Non esiste una definizione universale di fragilità
- Il Clinical Frailty Scale - *[vedi Appendice J]* è comunemente usato nella pratica clinica

INVESTIGARE:

- La British Geriatrics Society raccomanda lo screening per la fragilità in ambiente ambulatoriale attraverso l'utilizzo del test Time Up and Go (TUGT) ed il questionario PRISMA 7:
- Time Up and Go - TUGT: Il paziente, cronometrato, ha il compito di alzarsi da una sedia, camminare sino a un punto sito a 3 m di distanza dalla sedia e poi tornare alla sedia. Un valore maggiore di 10 secondi è da considerarsi positivo
- PRISMA 7 *[Appendice K]* - punteggi pari 3 o superiori sono da considerarsi positivi

GESTIRE:

- TUGT o PRISMA-7 positivi devono indirizzare ad una valutazione geriatrica completa (CGA) ed a una visita specialisitica geriatrica.
- I fattori reversibili per migliorare la riserva di un paziente includono:
  - » Trattamento dei disturbi dell'umore
  - » Ottimizzazione dell'alimentazione
  - » Misure relative allo stile di vita, compresi i problemi correlati al fumo di sigaretta ed al consumo alcolico
  - » Trattamento della sarcopenia con programmi di esercizi e supporto fisioterapico
  - » Ottimizzazione della salute ossea

I pazienti anziani sono spesso fragili per un'ampia varietà di cause, ma il loro rischio aumenta significativamente con l'isolamento, il deterioramento cognitivo e il peggioramento della disabilità. È importante che in tutte le visite venga valutata l'eventuale presenza di abusi fisici, psicologici, finanziari e sessuali, nonché la presenza di carenze negli standard di cura e la necessità di segnali di allarme per salvaguardare la sicurezza del paziente.

15. RICOVERO IN URGENZA/EMERGENZA

Questa rapida valutazione del paziente anziano può essere utile sia in ambito ambulatoriale che ospedaliero che in situazione di emergenza

Le informazioni fornite dai familiari o da altri professionisti sanitari possono essere utili e far risparmiare tempo.

Le domande poste devono essere focalizzate sul problema attuale sulla presenza di problemi sottostanti cronici. Verificare i farmaci assunti e valutare la funzione sia fisica che cognitiva, poiché i pazienti con demenza o delirio misdiagnosticati presentano un rischio aumentato di eventi avversi.

ANAMNESI

- Assicurarsi che il paziente abbia occhiali e apparecchi acustici ben posizionati, se necessari
- Presentarsi e spiegare lo scopo della visita. Posizionarsi al livello del paziente e parlare in modo lento e chiaro
- Chiedere al paziente cosa lo turba (i sintomi che presenta) e la storia di questi sintomi
- Chiedere informazioni sulle eventuali altre condizioni mediche tra cui malattie recenti, visite mediche, ricoveri ospedalieri o storia di cadute
- Verificare quali farmaci sta assumendo il paziente, eventuali allergie, abitudine al fumo e assunzione di alcol / droghe ricreative
- Chiedere informazioni sullo svolgimento delle attività quotidiane, inclusa la continenza, prima di questo ricovero/visita
- Chiedere informazioni sulla situazione familiare, verificare se il paziente vive da solo; se vi sono servizi di assistenza attivi
- Chiedere se il paziente ha un testamento biologico o ha nominato una persona delegata che deciderà al suo posto
- Quando il paziente presenta un significativo deterioramento cognitivo potrebbe essere necessario ottenere informazioni da chi se ne prende cura o da un familiare

ESAME OBIETTIVO

- Valutare l'aspetto generale, l'igiene personale, l'alimentazione e l'idratazione
- Controllare la vista, l'udito e i denti. Valutare la deglutizione di una piccola quantità di acqua (25mL)
- Eseguire un breve test di screening cognitivo per valutare orientamento, attenzione, memoria e linguaggio. Verificare la capacità di eseguire un comando a due fasi; valutare il tono dell'umore
- Controllare il polso e la pressione sanguigna sia da seduti/sdraiati che in piedi
- Valutare il movimento di tutti gli arti, inclusi tono e potenza, atrofia muscolare e movimento attivo delle articolazioni principali
- Esaminare i polsi periferici, la presenza di edemi, l'integrità della cute e la presenza di ulcere da pressione (soprattutto a livello dei talloni e del sacro)
- Se possibile, far stare in piedi il paziente per valutare la capacità di movimento e l'equilibrio, chiedere camminare e fare le scale (assicurarsi che siano disponibili ausili per la deambulazione e fornire assistenza)
- Esaminare il sistemi cardiovascolare, respiratorio e l'addome, inclusa la palpazione della vescica (e l'esame rettale se indicato)
- Assicurarsi che il paziente abbia una scheda personale per il bilancio dei liquidi, delle feci e una per gli alimenti e monitori regolarmente la pressione arteriosa

Il Passaporto del paziente JUSTRI

Fornisce ai pazienti con infezione da HIV un anamnesi tascabile e disponibile per gli operatori sanitari.

Per riferimenti, vedere **justripatientpassport.com**

Geriatric Assessment Form

Patient Contact	
☐	Home
☐	Care Home
☐	GP
☐	OPD
☐	ED
☐	Frailty
☐	

Clinical Frailty Score (Rockwood Scale):	

Patient's Details		Patient's Address	
Title		Add 1	
Name		Add 2	
Date of Birth		Add 3	
NHS Number		Town	
GP Practice		Postcode	

Cognition ☐ Within Normal Limits ☐ Mild Cognitive Impairment ☐ Dementia ☐ Delerium
☐ Abbreviated Mental test (AMT) Score: ☐ Mental Capacity Assessment required
Main lifelong occupation:

Emotional ☐ Within Normal Limits ☐ ↓Mood ☐ Depression ☐ Anxiety ☐ Fatigue ☐ Hallucination
☐ Delusion ☐ Other

Motivation ☐ High ☐ Usual ☐ Low

Health Attitude ☐ Excellent ☐ Good ☐ Fair ☐ Poor ☐ Couldn't say

Communication **Speech:** Within Normal Limits Impaired **Hearing:** ☐ Within Normal Limits ☐ Impaired
Vision: Within Normal Limits Impaired **Understanding:** ☐ Within Normal Limits ☐ Impaired

Strength ☐ Within Normal Limits ☐ Weak **Upper:** ☐ Proximal ☐ Distal **Lower:** ☐ Proximal ☐ Distal

Exercise ☐ Frequent ☐ Occasional ☐ Not

		Baseline (two weeks ago)				Current (today)			
Balance	Balance	☐ Within Normal Limits		☐ Impaired		☐ Within Normal Limits		Impaired	
	Falls	☐ Falls Number: ☐				☐ Falls Number: ☐			
Mobility	Walk inside	☐ Independent	☐ Slow	☐ Assisted	☐ Can't	☐ Independent	☐ Slow	☐ Assisted	☐ Can't
	Walk outside	☐ Independent	☐ Slow	☐ Assisted	☐ Dependent	☐ Independent	☐ Slow	☐ Assisted	☐ Dependent
	Transfers	☐ Independent	☐ Standby	☐ Assisted	☐ Dependent	☐ Independent	☐ Standby	☐ Assisted	☐ Dependent
	Bed (in/out)	☐ Independent	☐ Pull	☐ Assisted	☐ Dependent	☐ Independent	☐ Pull	☐ Assisted	☐ Dependent
	Aid use	☐ None	☐ Stick	☐ Frame	☐ Chair	☐ None	☐ Stick	☐ Frame	☐ Chair
Nutrition	Weight	☐ Normal	☐ Under	☐ Over	☐ Obese	☐ Normal	☐ Under	☐ Over	☐ Obese
	Appetite	☐ Within Normal Limits		☐ Fair	☐ Poor	☐ Within Normal Limits		☐ Fair	☐ Poor
	Swallow	☐ Within Normal Limits		☐ Impaired Fluids		☐ Within Normal Limits		☐ Impaired Fluids	
				☐ Impaired Solids				☐ Impaired Solids	
Elimination	Bowel	☐ Continent	☐ Constipated	☐ Incontinent		☐ Continent	☐ Constipated	☐ Incontinent	
	Bladder	☐ Continent	☐ Catheter	☐ Incontinent		☐ Continent	☐ Catheter	☐ Incontinent	
ADLS	Feeding	☐ Independent	☐ Assisted	☐ Dependent		☐ Independent	☐ Assisted	☐ Dependent	
	Bathing	☐ Independent	☐ Assisted	☐ Dependent		☐ Independent	☐ Assisted	☐ Dependent	
	Dressing	☐ Independent	☐ Assisted	☐ Dependent		☐ Independent	☐ Assisted	☐ Dependent	
	Toileting	☐ Independent	☐ Assisted	☐ Dependent		☐ Independent	☐ Assisted	☐ Dependent	
IADLS	Cooking	Independent	Assisted	☐ Dependent		☐ Independent	☐ Assisted	☐ Dependent	
	Cleaning	Independent	Assisted	☐ Dependent		☐ Independent	☐ Assisted	☐ Dependent	
	Shopping	Independent	Assisted	☐ Dependent		☐ Independent	☐ Assisted	☐ Dependent	
	Medications	Independent	Assisted	☐ Dependent		☐ Independent	☐ Assisted	☐ Dependent	
	Driving	Independent	Assisted	☐ Dependent		☐ Independent	☐ Assisted	☐ Dependent	
	Banking	Independent	Assisted	☐ Dependent		☐ Independent	☐ Assisted	☐ Dependent	

Sleep ☐ Disrupted ☐ Daytime drowsiness **Socially Engaged** ☐ Frequent ☐ Occasional ☐ Not

Social

Marital Status
☐ Married
☐ Divorced
☐ Widowed
☐ Single

Lives
☐ Alone
☐ Spouse
☐ Other

Home
☐ House…
☐ Steps…
☐ Apartment
☐ Supported Living
☐ Care Home
☐ Other

Number of levels: ☐
Number of steps: ☐

Supports
☐ Informal
☐ Other
☐ Requires more support
☐ None

Caregiver Relationship
☐ Spouse
☐ Sibling
☐ Offspring
☐ Other

Caregiver Stress
☐ None
☐ Low
☐ Moderate
☐ High

Caregiver Occupation:

Advance directive in place: ☐ Yes ☐ No
CPR decision: ☐ Allow a natural death ☐ Resuscitate

Assessor: .....
(Name, Grade & Signature)

Date: .....

Geriatric Assessment Form

APPENDIX A

Associated Medication (mark meds started in hospital with an asterisk) – consider Stopp Start		
Medication	**Dose**	**Date Commenced**

Problem List	Action Required	Action By
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Long term conditions	
1	
2	
3	
4	
5	

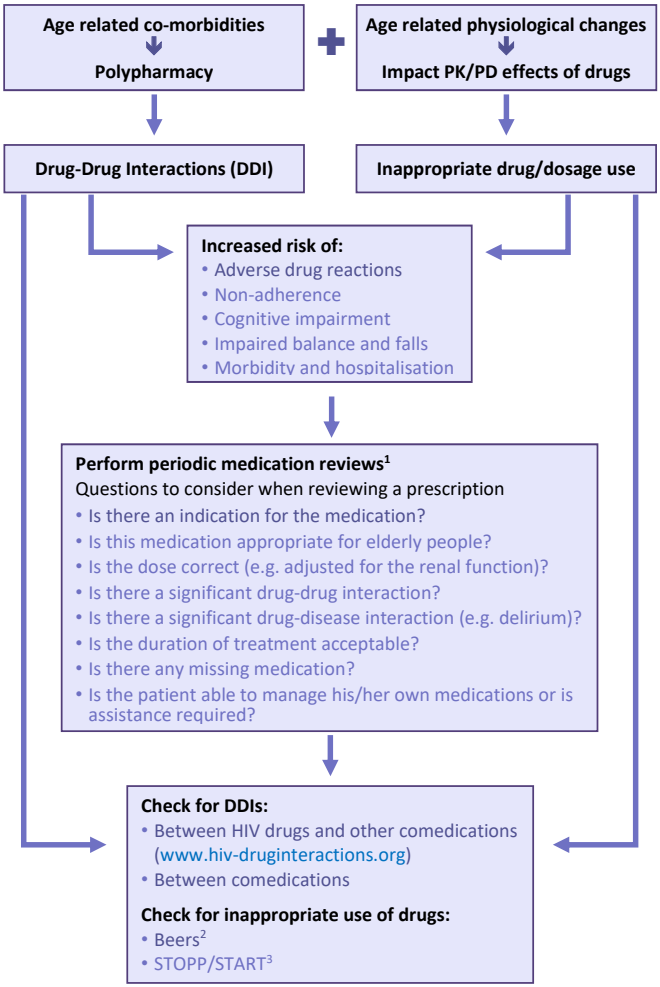
Notes

☐ For MDT Discussion consider long CGA ☐ Long CGA **not** required, copy of Clinical Frailty score to GP

Outpatient Appointments	
Department	Date and Time

Assessor .....
(Name, Grade & Signature)
Date .....

Stop/Start Criteria



*The **Beers** and **STOPP** criteria are tools established by experts in geriatric pharmacotherapy to detect and reduce the burden of inappropriate prescribing in elderly. Inappropriate medicines include:*

- *Those which in elderly persons with certain diseases can lead to drug-disease interactions.*
- *Those associated with a higher risk of adverse drug reactions in the elderly.*
- *Those that predictably increase the risk of falls in the elderly.*
- *Those to be avoided in case of organ dysfunction.*

*The **START** criteria consist of evidence-based indicators of potential prescribing omission in elderly with specific medical conditions.*

References

1. Reconsidering medication appropriateness for patients late in life. Holmes HM et al. *Arch Intern Med*, 2006, 166(6): 605-9
2. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. *J Am Geriatr Soc*, 2015, 63(11):2227-46
3. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. O'Mahony D et al. *Age Aging*, 2015, 44(2):213-8.

Barthel Index of Activities of Daily Living

Instructions: Choose the scoring point for the statement that most closely corresponds to the patient's current level of ability for each of the following 10 items. Record actual, not potential, functioning. Information can be obtained from the patient's self-report, from a separate party who is familiar with the patient's abilities (such as a relative), or from observation. Refer to the Guidelines section on the following page for detailed information on scoring and interpretation.

The Barthel Index

Bowels
0 = incontinent (or needs to be given enemata)
1 = occasional accident (once/week)
2 = continent
Patient's Score: _____

Bladder
0 = incontinent, or catheterized and unable to manage
1 = occasional accident (max. once per 24 hours)
2 = continent (for over 7 days)
Patient's Score: _____

Grooming
0 = needs help with personal care
1 = independent face/hair/teeth/shaving (implements provided)
Patient's Score: _____

Toilet use
0 = dependent
1 = needs some help, but can do something alone
2 = independent (on and off, dressing, wiping)
Patient's Score: _____

Feeding
0 = unable
1 = needs help cutting, spreading butter, etc.
2 = independent (food provided within reach)
Patient's Score: _____

Transfer
0 = unable – no sitting balance
1 = major help (one or two people, physical), can sit
2 = minor help (verbal or physical)
3 = independent
Patient's Score: _____

Mobility
0 = immobile
1 = wheelchair independent, including corners, etc.
2 = walks with help of one person (verbal or physical)
3 = independent (but may use any aid, e.g., stick)
Patient's Score: _____

Dressing
0 = dependent
1 = needs help, but can do about half unaided
2 = independent (including buttons, zips, laces, etc.)
Patient's Score: _____

Stairs
0 = unable
1 = needs help (verbal, physical, carrying aid)
2 = independent up and down
Patient's Score: _____

Bathing
0 = dependent
1 = independent (or in shower)
Patient's Score: _____

Total Score: _____

(Collin et al., 1988)

Scoring:

Sum the patient's scores for each item. Total possible scores range from 0 – 20, with lower scores indicating increased disability. If used to measure improvement after rehabilitation, changes of more than two points in the total score reflect a probable genuine change, and change on one item from fully dependent to independent is also likely to be reliable.

Sources:

- Collin C, Wade DT, Davies S, Horne V. The Barthel ADL Index: a reliability study. *Int Disabil Stud*. 1988;10(2):61-63.
- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J*. 1965;14:61-65.
- Wade DT, Collin C. The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability? *Int Disabil Stud*. 1988;10(2):64-67.

Bladder Diary

Input/Output Chart

Please enter information for **three consecutive days**

DATE	/ / DAY ONE				/ / DAY TWO				/ / DAY THREE			
	TYPE	IN	OUT	WET	TYPE	IN	OUT	WET	TYPE	IN	OUT	WET
06.00												
07.00												
08.00												
09.00												
10.00												
11.00												
12.00												
13.00												
14.00												
15.00												
16.00												
17.00												
18.00												
19.00												
20.00												
21.00												
22.00												
23.00												
00.00												
01.00												
02.00												
03.00												
04.00												
05.00												
TOTAL		IN	OUT			IN	OUT			IN	OUT	

Hospital Anxiety & Depression Scale (HADS) assessment

Please read each item and place a tick in the box opposite the reply closest to how you have been feeling in the past month. Don't take too long over your replies: your immediate reaction to each item will probably be more accurate than a long thought-out response.

I feel tense / wound up

Most of the time	
A lot of the time	
Occasionally	
Not at all	

I feel as if I am slowed down

Nearly all the time	
Very often	
Sometimes	
Not at all	

I enjoy the things I used to

Definitely as much	
Not quite as much	
Only a little	
Hardly at all	

I have lost interest in my appearance

Definitely	
I don't take as much care as I should	
I may not take quite as much care	
I take just as much care as ever	

I get frightened feelings like 'butterflies' in my stomach

Not at all	
Occasionally	
Quite often	
Very often	

I get frightened feelings as if something awful is going to happen

Definitely and quite badly	
Not too badly	
Definitely not so much	
Not at all	

I can laugh and see the funny side of things

As much as I ever could	
Not quite so much now	
Definitely not so much	
Not at all	

I feel restless as if I have to be on the move

Very much indeed	
Quite a lot	
Not very much	
Not at all	

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Worrying thoughts go through my head

A great deal of the time	
A lot of the time	
From time to time	
Only occasionally	

I look forward with enjoyment to things

As much as I ever did	
Rather less than I used to	
Definitely less than I used to	
Hardly at all	

I feel cheerful

Not at all	
Not often	
Sometimes	
Most of the time	

I get a sudden feeling of panic

Very often indeed	
Quite often	
Not very often	
Not at all	

I can sit at ease and feel relaxed

Definitely	
Usually	
Not often	
Not at all	

I can enjoy a good book, radio or TV programme

Often	
Sometimes	
Not often	
Very seldom	

Scores: A = D =

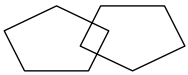
0 - 7 *Non-case / probable absence*
8 - 10 *Borderline / probable presence*
> 11 *Case / probable presence ie referral*

Acta Psychiatrica Scandanavica (1983) 67: 361 - 370

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Patient's Name: _____ Date: _____

Instructions: ***Ask the questions in the order listed. Score one point for each correct response within each question or activity.***

Maximum Score	Patient's Score	Questions
5		"What is the year? Season? Date? Day of the week? Month?"
5		"Where are we now: State? County? Town/city? Hospital? Floor?"
3		The examiner names three unrelated objects clearly and slowly, then asks the patient to name all three of them. The patient's response is used for scoring. The examiner repeats them until patient learns all of them, if possible. Number of trials: _____
5		"I would like you to count backward from 100 by sevens." (93, 86, 79, 72, 65, …) Stop after five answers. Alternative: "Spell WORLD backwards." (D-L-R-O-W)
3		"Earlier I told you the names of three things. Can you tell me what those were?"
2		Show the patient two simple objects, such as a wristwatch and a pencil, and ask the patient to name them.
1		"Repeat the phrase: 'No ifs, ands, or buts.'"
3		"Take the paper in your right hand, fold it in half, and put it on the floor." (The examiner gives the patient a piece of blank paper.)
1		"Please read this and do what it says." (Written instruction is "Close your eyes.")
1		"Make up and write a sentence about anything." (This sentence must contain a noun and a verb.)
1		"Please copy this picture." (The examiner gives the patient a blank piece of paper and asks him/her to draw the symbol below. All 10 angles must be present and two must intersect.) 
30		TOTAL

(Adapted from Rovner & Folstein, 1987)

Source: www.medicine.uiowa.edu/igec/tools/cognitive/MMSE.pdf

Provided by NHCQF, 0106-410

FULL DOC: www.uml.edu/docs/Mini%20Mental%20State%20Exam_tcm18-169319.pdf

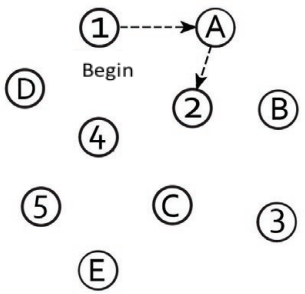
Cognitive Assessment (MOCA)

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MoCA®)

Version 8.3 English

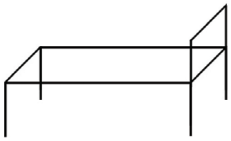
Name:
Education:
Sex:
Date of birth :
DATE :

VISUOSPATIAL / EXECUTIVE



[ ]

Copy bed



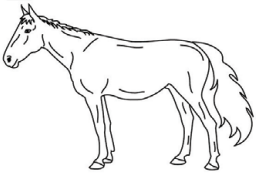
[ ]

Draw CLOCK (Five past ten)
(3 points)

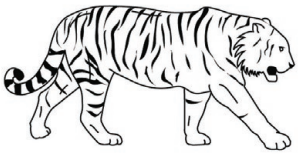
[ ] Contour [ ] Numbers [ ] Hands

POINTS __/5

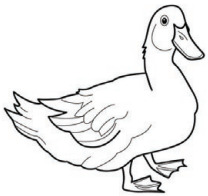
NAMING



[ ]



[ ]



[ ]

__/3

MEMORY

Read list of words, subject must repeat them. Do 2 trials, even if 1st trial is successful. Do a recall after 5 minutes.

	LEG	COTTON	SCHOOL	TOMATO	WHITE
1st TRIAL					
2nd TRIAL					

NO POINTS

ATTENTION

Read list of digits (1 digit / sec.).

Subject has to repeat them in the forward order. [ ] 2 4 8 1 5

Subject has to repeat them in the backward order. [ ] 4 2 7

__/2

Read list of letters. The subject must tap with his hand at each letter A. No points if ≥ 2 errors.

[ ] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B

__/1

Serial 7 subtraction starting at 60. [ ] 53 [ ] 46 [ ] 39 [ ] 32 [ ] 25

4 or 5 correct subtractions: **3 pts,** 2 or 3 correct: **2 pts,** 1 correct: **1 pt,** 0 correct: **0 pt**

__/3

LANGUAGE

Repeat: The child walked his dog in the park after midnight. [ ]

The artist finished his painting at the right moment for the exhibition. [ ]

__/2

Language Fluency. Name maximum number of words in one minute that begin with the letter B. [ ] _____ (N ≥ 11 words)

__/1

ABSTRACTION

Similarity between e.g. banana - orange = fruit [ ] hammer - screwdriver [ ] matches - lamp

__/2

DELAYED RECALL

	(MIS)	Has to recall words WITH NO CUE	LEG	COTTON	SCHOOL	TOMATO	WHITE	Points for UNCUED recall only
Memory Index Score (MIS)	X3		[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	
	X2	Category cue						MIS = ____ /15
	X1	Multiple choice cue						

__/5

ORIENTATION

[ ] Date [ ] Month [ ] Year [ ] Day [ ] Place [ ] City

__/6

© Z. Nasreddine MD

www.mocatest.org

Administered by: _____

Training and Certification are required to ensure accuracy.

MIS: /15
(Normal ≥ 26/30)

Add 1 point if ≤ 12 yr education

TOTAL __/30

Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)

APPENDIX H

BAPEN
www.bapen.org.uk

Step 1 + Step 2 + Step 3

Step 1 — BMI score

BMI kg/m²	Score
>20 (>30 Obese)	= 0
18.5-20	= 1
<18.5	= 2

Step 2 — Weight loss score

Unplanned weight loss in past 3-6 months

%	Score
<5	= 0
5-10	= 1
>10	= 2

Step 3 — Acute disease effect score

If patient is acutely ill **and** there has been or is likely to be no nutritional intake for >5 days
Score 2

If unable to obtain height and weight, see reverse for alternative measurements and use of subjective criteria

Acute disease effect is unlikely to apply outside hospital. See 'MUST' Explanatory Booklet for further information

Step 4

Overall risk of malnutrition

Add Scores together to calculate overall risk of malnutrition
Score 0 Low Risk Score 1 Medium Risk Score 2 or more High Risk

Step 5

Management guidelines

0 Low Risk
Routine clinical care

- Repeat screening
  Hospital – weekly
  Care Homes – monthly
  Community – annually
  for special groups
  e.g. those >75 yrs

1 Medium Risk
Observe

- Document dietary intake for 3 days
- If adequate – little concern and repeat screening
  - Hospital – weekly
  - Care Home – at least monthly
  - Community – at least every 2-3 months
- If inadequate – clinical concern – follow local policy, set goals, improve and increase overall nutritional intake, monitor and review care plan regularly

2 or more High Risk
Treat*

- Refer to dietitian, Nutritional Support Team or implement local policy
- Set goals, improve and increase overall nutritional intake
- Monitor and review care plan
  Hospital – weekly
  Care Home – monthly Community – monthly

* Unless detrimental or no benefit is expected from nutritional support e.g. imminent death.

All risk categories:

- Treat underlying condition and provide help and advice on food choices, eating and drinking when necessary.
- Record malnutrition risk category.
- Record need for special diets and follow local policy.

Obesity:

- Record presence of obesity. For those with underlying conditions, these are generally controlled before the treatment of obesity.

The Confusion Assessment Method (CAM)

Patient's name: _____

Date of birth: _____/_____/_____

Hospital number: _____

Feature 1 Acute onset and fluctuating course

This feature is usually obtained from a family member or nurse and is shown by positive responses to the following questions:

1. *Is there evidence of an acute change in mental status from the patient's baseline?*
2. *Did the (abnormal) behaviour fluctuate during the day, that is, tend to come and go, or increase or decrease in severity?*

Feature 2 Inattention

This feature is usually obtained by interacting with the patient, but may also be reported by family members or staff and is shown by a positive response to the following question:

3. *Did the patient have difficulty focusing attention, for example being easily distractible or having difficulty keeping track of what was being said?*

Feature 3 Disorganised thinking

This feature is usually obtained by interacting with the patient, but may also be reported by family members or staff and is shown by a positive response to the following question:

4. *'Was the patient's thinking disorganised or incoherent, such as rambling or irrelevant conversation, unclear or illogical flow of ideas, or unpredictable switching from subject to subject?'*

Feature 4 Altered level of consciousness

This feature is obtained by observing the patient and is shown by any answer other than 'alert' to the following question:

5. *Overall, how would you rate this patient's level of consciousness?*
   - *Alert (normal)*
   - *Vigilant (hyperalert)*
   - *Lethargic (drowsy, easily aroused)*
   - *Stupor (difficult to arouse)*
   - *Coma (unarousable)*

Scoring the test *(please tick as appropriate)*

	Positive	Negative
Feature 1		
Feature 2		
Feature 3		
Feature 4		

Clinical Frailty Scale

1 Very Fit – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.

2 Well – People who have no active disease symptoms but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very active occasionally, e.g. seasonally.

3 Managing Well – People whose medical problems are well controlled, but are not regularly active beyond routine walking.

4 Vulnerable – While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities. A common complaint is being "slowed up", and/or being tired during the day.

5 Mildly Frail – These people often have more evident slowing, and need help in high order IADLs (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.

6 Moderately Frail – People need help with all outside activities and with keeping house. Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.

7 Severely Frail – Completely dependent for personal care, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).

8 Very Severely Frail – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.

9 Terminally Ill – Approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy <6 months, who are not otherwise evidently frail.

Scoring frailty in people with dementia

The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia,** recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In **severe dementia,** they cannot do personal care without help.

PRISMA-7 Questionnaire

PATIENT QUESTIONS		
1. **Are you older than 85 years?**	Yes ☐	No ☐
2. **Are you male?**	Yes ☐	No ☐
3. **In general, do you have any health problems that require you to limit your activities?**	Yes ☐	No ☐
4. **Do you need someone to help you on a regular basis?**	Yes ☐	No ☐
5. **In general, do you have any health problems that require you to stay at home?**	Yes ☐	No ☐
6. **If you need help, can you count on someone close to you?**	Yes ☐	No ☐
7. **Do you regularly use a stick, walker or wheelchair to move about?**	Yes ☐	No ☐
Total checked:	_____	_____

Instructions:

- For questions 3 through 7, do not interpret the answer; simply note the person's answer without considering whether or not it should be "yes" or "no".
- If the respondent hesitates between "yes" and "no", ask him/her to choose one of the two answers.
- If, despite several attempts, he/she persists in answering "a little" or "at times", enter "yes".

SCORING: If the respondent had 3 or more "yes" answers, this indicates an increased risk of frailty and the need for further clinical review.

Reference:

Raîche, M., R. Hébert, M-F. Dubois, and the PRISMA partners. User guide for the PRISMA-7 questionnaire to identify elderly people with severe loss of autonomy. In Integrated service delivery to ensure persons' functional autonomy, ed. R. Hébert, A. Tourigny, and M. Gagnon, 147-65. Quebec: Edisem.

PRISMA (Program of Research on Integration of Services for the Maintenance of Autonomy) is funded by the Canadian Health Services Research Foundation in partnership with the "Fonds de la Recherche en Santé du Québec". For more information, see www.prisma-qc.ca.

Web Links

AGE UK

www.ageuk.org.uk

www.ageuk.org.uk/information-advice/health-wellbeing/mind-body/10-tips-for-ageing-better

BRITISH GERIATRICS SOCIETY

www.bgs.org.uk

NHS ENGLAND, A PRACTICAL GUIDE TO HEALTHY AGEING

www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/09/hlthy-ageing-brochr.pdf

LIVERPOOL UNIVERSITY HIV DRUG INTERACTIONS WEBSITE

www.hiv-druginteractions.org

HIV AND AGEING INFORMATION

www.aidsmap.com

www.i-base.info

www.natap.org

www.aahivm.org/hivandageingforum

www.thebody.com

JUSTRI

www.justri.org/coming-of-age
(in many languages)

www.justripatientpassport.com

www.justrislide.com

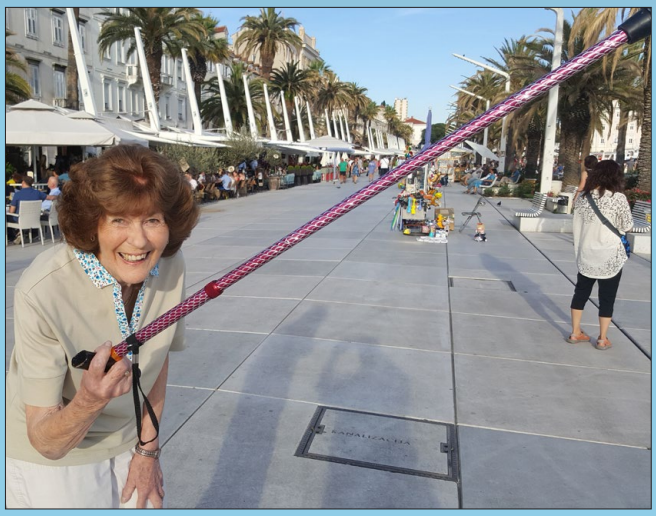
Gli autori

Dr Mike Youle lavora nel mondo dell'HIV dal 1986, ha dedicato la sua intera carriera nella cura delle persone con infezione da HIV e nella ricerca in questo ambito. É il direttore del HIV Clinical Research presso il Royal Free Hospital di Londra. Nel 2010 ha fondato JUSTRI (www.justri.org), un'organizzazione no profit con scopo educativo che fornisce risorse utili per la gestione ed il trattamento dell'infezione da HIV, delle epatiti virali e della tubercolosi, incluso « Coming of age – L'avanzare dell'età: una guida per invecchiare bene con l'HIV".

Prof Juliet Wright è una specialista onoraria in Geriatria presso il Brighton and Sussex University Hospital dove offre il suo contributo presso il Servizio per la Fragilità. La sua area di interesse clinico e di ricerca è l'infezione da HIV negli anziani. Insieme al Prof Martin Fisher ha fondato la Silver Clinic per i pazienti anziani con infezione da HIV. Ha seguito due dottorati in questo ambito, il primo che valutava la fragilità il secondo che indagava sulle barrieri e sui facilitatori per lo screening per HIV negli anziani.

Dr Tom Levett è un Senior Lecturer in Medicine and Frailty presso la Brighton and Sussex University, il suo particolare interesse di ricerca è l'HIV e l'invecchiamento. Ha conseguito un dottorato sulla fragilità degli anziani con infezione da HIV. Inoltre è uno specialista in Geriatria presso il Brighton and Sussex University Hospital, dove offre il suo contributo presso il Servizio per la Fragilità.

Dr Tristan Barber è uno specialista in HIV presso il Royal Free Hospital di Londra. Proviene dal mondo della ricerca clinica con gli studi di fase 3 sulla terapia antiretrovirale ed il decadimento cognitivo HIV correlato. È presidente del BASHH HIV Specialist Interest Group e presiede anche il BHIVA International Partnerships Working Group. Attualmente sta sviluppando un servizio su misura per la fragilità per coloro che invecchiano con l'infezione da HIV.



dedicato a

Joyce Edith Youle

6 Settembre 1930—11 Ottobre 2018

justri.

www.justri.org

RIGRAZIAMO I NOSTRI SPONSOR

GILEAD
Advancing Therapeutics.
Improving Lives.

janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF Johnson & Johnson